

UNIVERSITÉ CLAUDE-BERNARD - LYON
- MÉDECINE -
U. E. R. GRANGE-BLANCHE

Année 1971 - N° 227

**APPORT DU DOSAGE
DES ANTISTAPHYLOLYSINES
AU DIAGNOSTIC DES
STAPHYLOCOCCIES OSTEO-ARTICULAIRES**

Travail du Service de Rhumatologie de l'Hôpital des Charpennes
(Professeur E. LEJEUNE, Professeur Agrégé M. BOUVIER)
et de la Clinique des Maladies Infectieuses
de l'Hôpital de la Croix-Rousse
(Professeur A. BERTOYE, Prof. Agrégé J. L. BERTRAND)

THÈSE

présentée

à l'Université Claude-Bernard - LYON

et soutenue publiquement le 5 Novembre 1971

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Jacques PERRIER

né le 24 Septembre 1942

à LYON



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546306_0017

UNIVERSITÉ CLAUDE-BERNARD - LYON
- MÉDECINE -
U. E. R. GRANGE-BLANCHE

Année 1971 - N°

**APPORT DU DOSAGE
DES ANTISTAPHYLOLYSINES
AU DIAGNOSTIC DES
STAPHYLOCOCCIES OSTEO-ARTICULAIRES**

Travail du Service de Rhumatologie de l'Hôpital des Charpennes
(Professeur E. LEJEUNE, Professeur Agrégé M. BOUVIER)
et de la Clinique des Maladies Infectieuses
de l'Hôpital de la Croix-Rousse
(Professeur A. BERTOYE, Prof. Agrégé J. L. BERTRAND)

THÈSE

présentée

à l'Université Claude-Bernard - LYON

et soutenue publiquement le 5 Novembre 1971

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Jacques PERRIER

né le 24 Septembre 1942

à LYON

UNIVERSITE CLAUDE-BERNARD - LYON

- MÉDECINE -

M. E. R. GRANDE BLANCHE

Année 1911 - W.

APPORT DU DOSSAGE
DES ANTISTAPHYLOCOQUES
AU DIAGNOSTIC DES
STAPHYLOCOQUES OSTEO-ARTICULAIRES

Traité du Service de Rhumatologie de l'Hôpital des Cliniques
(Professeur E. LÉCURE, Professeur Agrégé M. ROUVIER)
et de la Clinique des Maladies Infectieuses
de l'Hôpital de la Croix-Rouge
(Professeur A. BERTHOZ, Prof. Agrégé J. L. PERTHARD)



THÈSE

présentée

à l'Université Claude-Bernard - LYON

et soutenue publiquement le 5 Mars 1912
pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Jacques PERRIER

né le 24 Septembre 1882

à LYON

UNIVERSITE CLAUDE-BERNARD - LYON I

=====

U.E.R. GRANGE-BLANCHE
+++++

8, avenue Rockefeller - LYON 3e

Président de l'Université : J. BOIDIN

Premier Vice-Président : R. TOURAINÉ

Secrétaire Général : M. IZAUTE

Unités d'Enseignement et de Recherche de l'Université

Médecine : Grange-Blanche - Directeur : Professeur GERMAIN D.

Alexis-Carrel - Directeur : Professeur GIROD C.

Sud-Ouest - Directeur : Professeur TOLOT F.

Lyon-Nord - Directeur : Professeur BERTOYE A.

Biologie Humaine - Directeur Docteur CZYBA R. (Maître de Conférences Agrégé)

Techniques de Réadaptation Directeur : Professeur MOUNIER-KUHN P.

Sciences Pharmaceutiques : Directeur : M. CARRAZ (Maître de Conférences Agrégé).

Sciences Odontologiques : Directeur : Docteur R. VINCENT

Institut Régional d'Education Physique et Sportive - Directeur : Professeur R. GUILLET

Mathématiques - Directeur : Doyen BRACONNIER

Physique - Directeur : Professeur DUFAY

Chimie et Biochimie - Directeur : Professeur GAUTHERON

Science de la Nature - Directeur : Professeur DAVID L.

Biodynamique et Psychopédagogie Directeur : Professeur CHANEL J.

Institut universitaire de technologie n° 1 - Directeur : Professeur FEUVRAIS L.

Institut universitaire de technologie n° 2 - Directeur : Professeur GALLET,

Directeur ENSAM.

Observatoire - Directeur : Professeur BIGAY J.H.

Physique nucléaire : Directeur Professeur SARRAZIN A.

...oo/oo...

A MON GRAND PERE 1e Docteur F. GERBAY

A MES GRANDS MERES

A MES PARENTS

En espérant que tous leurs sacrifices ne sont pas restés
vains, avec toute mon affection.

A MA SOEUR

A MES FRERES

A TOUS MES AMIS

...oo/oo...

...oo/oo...

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR A. BERTOYE

Il nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre jury de thèse.

Nous savons combien le sujet de cette thèse lui est cher. Nous nous sommes efforcés de ne pas le décevoir et nous le remercions très vivement de l'accueil qu'il a bien voulu nous réserver, tant dans son service qu'à l'Institut Pasteur de Lyon, nous facilitant ainsi grandement notre étude.

Qu'il veuille bien trouver ici le témoignage de notre déférente gratitude.

...oo/oo...

...00/00...

A NOS JUGES

MONSIEUR LE PROFESSEUR E. LEJEUNE

Ses connaissances encyclopédiques, son extrême affabilité, une égale passion pour la médecine, le malade, les étudiants, rendent son enseignement clair, précis et agréable.

Tout au long de notre étude, il nous a guidé avec la même gentillesse.

Qu'il trouve ici l'expression de notre reconnaissance et de notre respectueuse admiration.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGÉ M. BOUVIER

Nous avons été séduit par la discipline et la qualité de son enseignement.

Il a bien voulu juger ce travail.

Nous l'en remercions vivement et l'assurons de notre profond respect.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGÉ M. CARRAZ

Nous savons l'intérêt qu'il porte aux études immunologiques.

Il a accepté de siéger parmi nos juges, nous l'assurons de notre gratitude.

.../...

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGÉ J.L. BERTRAND

Il nous a reçu avec bienveillance et nous a guidé au cours de
l'élaboration de ce travail.

Qu'il trouve ici l'expression de nos sentiments reconnaissants.

...oo/oo...

...00/00...

A MONSIEUR LE DOCTEUR P. QUENEAU

Assistant Chef de Clinique

Il nous a dirigé dans cette étude avec bienveillance et compétence.

Nous lui exprimons notre gratitude.

A MADAME C. VEYSSEYRE

Pharmacien

Chef de Laboratoire à l'Institut Pasteur
de Lyon

Nous lui serons toujours reconnaissant de l'aide précieuse qu'elle nous a apportée tout au long de notre travail.

...00/00...

I - I N T R O D U C T I O N

L'identification du germe au sein même de la localisation viscérale septique, qui reste la seule preuve absolue de sa nature bactérienne, n'est pas toujours réalisable, soit à cause d'une antibiothérapie préalable, insuffisante pour guérir l'infection, mais suffisante pour gêner l'identification du germe, soit pour des raisons anatomiques : il en est ainsi en pathologie ostéo-articulaire, pour les sacro iléites et les ostéomyélites. L'on doit se contenter alors, soit de rechercher le germe à distance, par hémoculture ou par d'autres prélèvements humoraux ou viscéraux, soit de l'identifier de façon indirecte par des examens sérologiques et immunologiques.

Certaines séro réactions sont de pratique courante : il en est ainsi, en pathologie ostéo-articulaire des séro réactions mélitococciques, streptococciques, typhiques et paratyphiques, etc.... Cependant, d'autres causes fréquentes d'infections ostéo-articulaires restaient impossibles à prouver par de telles réactions indirectes : tel était le cas des staphylococcies.

Or, l'on sait depuis les travaux de PARISH, O'MEARA et CLARK (30) en 1934, qu'il est possible d'étudier qualitativement et quantitativement l'immunité staphylococcique ; de nombreuses études sont venues préciser ces données depuis lors.

Le but de notre travail est de chercher à mettre en évidence l'intérêt du dosage des antistaphylolysines en pathologie ostéo articulaire.

C'est ainsi que nous avons fait pratiquer depuis plusieurs années à la Clinique Médicale B de LYON (Service du Pr. P.P. RAVAUT, du Pr. E. LEJEUNE et du Pr. Ag. M. BOUVIER) puis dans le Service de Rhumatologie de l'Hopital des Charpennes (Pr. E. LEJEUNE et Pr. M. BOUVIER), ainsi qu'à la Clinique des Maladies Infectieuses de Lyon (Pr. A. BERTOYE), des dosages systématiques d'anti-staphylolysines chez tous les malades porteurs ou suspects d'infections osseuses ou articulaires quelle qu'en soit l'origine microbienne supposée ou prouvée. Nous présentons les résultats de ces dosages qui ont été confrontés à ceux pratiqués chez des sujets témoins des 3 services, ainsi qu'à des malades porteurs de staphylococcies non ostéo-articulaires.

L'ensemble nous permet de regrouper une série de 139 malades qui ont eu un ou plusieurs dosages, et que nous répartirons dans les 6 groupes suivants :

- A) - 11 cas d'affections ostéo-articulaires staphylococciques certaines,
- B) - 7 cas d'affections non ostéo-articulaires staphylococciques de localisations variées.
- C) - 12 cas d'affections aiguës ostéo-articulaires sans signature bactériologie d'origine staphylococcique probable ou possible.
- D) - 2 cas d'affections aiguës ostéo-articulaires non staphylococciques et non bacillaires d'étiologie précise.
- E) - 7 cas d'affections ostéo-articulaires bacillaires prouvées ou probables.
- F) - et 100 témoins correspondants à des malades pour la plupart indemnes de toute affection microbienne.

II - HISTORIQUE

Depuis le début du siècle, NEISSER et WESCHSBERG, en 1901, mettent en évidence les propriétés des antistaphylolysines et cherchent la présence de ces anticorps dans les sérums de sujets atteints de maladies infectieuses.

PARISH, O'MEARA et CLARK (30), en 1934, puis RAMON (33-34) et collaborateurs en 1936 étudient l'immunité staphylococcique induite par l'anatoxinothérapie, l'augmentation des ASTL, témoignage d'une bonne réponse immunologique, apparaissant comme un signe en faveur d'une évolution favorable sous l'effet de cette thérapeutique.

De même, HITE, BANKS et DACK (15) montrent, à propos de malades atteints d'ostéomyélite, qu'il y a une corrélation entre le stade de la maladie et le taux d'antistaphylolysines, que les taux élevés correspondent à des périodes d'exacerbation de la maladie.

ANDREONI et PEDRINAZZI (1), en 1956, étudient surtout les variations des taux chez les enfants atteints d'affections staphylococciques et d'autres natures. De même, en 1957, LACK (22) insiste sur l'intérêt clinique du dosage dans les spondylodiscites staphylococciques et en particulier pour leur diagnostic différentiel avec le mal de POTT et les spondylodiscites infectieuses d'autres natures.

Parmi les travaux français, citons ceux de BRETON, ZEERENS GAUDIER, PONTE (6) en 1958, sur les ASTL dans les affections pleuro-pulmonaires de

de l'enfant et ceux de HURIEZ DESMON et BAELDEN (17) la même année, sur le taux des ASTL au cours des dermatoses. En 1968, BERTOYE, dans la thèse de RUBI (36), précise la valeur sémiologique du dosage des ASTL en pathologie infectieuse.

La valeur de ces travaux tient aussi du fait que les taux obtenus peuvent être comparés à des séries témoins nombreuses : depuis plusieurs années, ces réactions sont réalisées chez des sujets témoins. Dès 1935 pour l'O M S, BLAIR et HALLMANN (5) étudient le dosage des ASTL chez les sujets sains ; en 1947, WESTERGRENN et STAVENON (42) définissent la valeur normale des ASTL à 1'U. SCHÖNE et STEN(37), en 1949, sur 500 Norvégiens donneurs de sang, INGESTAD et WINBLAD (18) en 1961, puis KIENITZ et WALTER (21) en 1963, sur 638 donneurs allemands pratiquent de nombreux dosages permettant d'établir les limites de la normale.

III - LES ENZYMES ET ANTENZYMES STAPHYLOCOCCIQUES

Les bactéries sont en général capables d'élaborer différentes substances. On connaît les toxines. De même, les enzymes sont des substances voisines mais s'en différenciant par certaines de leurs propriétés ; elles sont peu toxiques et sont secrétées dans le milieu où poussent les bactéries ou dans l'organisme infecté. De nombreuses espèces microbiennes sont capables d'élaborer ces enzymes, il en est ainsi pour le staphylocoque pathogène.

Les staphylocoques secrètent de nombreuses enzymes, on peut citer : coagulase, alpha-hémolysine, delta-hémolysine, panton-valentine leucocidine hyaluronidase, staphylokinase. Les différents auteurs se sont surtout attachés aux hémolysines qui sont spécifiques et très antigéniques et de ce fait présentent un intérêt marqué : elles déterminent dans l'organisme la fonction d'anticorps, les antistaphylolysines qui peuvent être dosées dans le sérum.

A) LES ENZYMES STAPHYLOCOCCIQUES

Les différentes actions de filtrat de staphylocoques sur les globules rouges de diverses espèces animales ont mis en évidence l'existence de plusieurs hémolysines.

BIGER, BOLAND et O'MEARA (4), en 1927, prouvent l'existence d'une lysine agissant sur les globules rouges de moutons et d'hommes. En 1935, GLENNY et STEVENS (13) confirment l'existence de cette lysine qui agit

sur les globules de moutons mais pas sur ceux de lapins ; ils l'appellent bêta hémolysine et la différencient par neutralisation spécifique de l'alpha hémolysine qui agit à la fois sur les globules rouges de moutons et de lapins. En 1947, WILLIAMS et HARPER (43) observent la présence d' une hémolysine qui n'est pas neutralisée par l'anti-toxine alpha ; ils l'appellent delta hémolysine.

Une fois les hémolysines alpha et Bêta différenciées, on essaie alors de prouver la corrélation entre leur production et leur pouvoir pathogène.

En 1934, CHAPMAN (7) et collaborateurs montrent qu'il existe une nette corrélation entre l'activité hémolytique probablement alpha et le pouvoir pathogène pour un très grand nombre de sujets. En 1939, GILEPSIE(12) et collaborateurs , étudiant les staphylocoques des voies aériennes supérieures et de la peau, trouvent que 112 souches coagulases positives produisent la lysine alpha alors qu'aucune des souches coagulases négatives ne le fait. En 1946, CHRISTIE (8) et collaborateurs , étudiant 671 souches de staphylocoques d'origine humaine tenues pour pathogènes, notent que toutes sont coagulases positives et que toutes produisent l'hémolysine Alpha. Nombreux sont les auteurs qui arrivent aux mêmes conclusions.

B) LES ANTIENZYMES STAPHYLOCOCCIQUES

Les antienzymes staphylococciques furent aussi très étudiées. RAMON (33, 34), en 1936, montre que l'anatoxine alpha staphylococcique, comme la toxine, entraîne la formation d'une anti-toxine spécifique qui est capable de neutraliser in vivo et in vitro le pouvoir toxique de la toxine alpha. Il injecte l'anatoxine staphylococcique à des lapins et montre que ceux-ci résistent aux infections staphylococciques ; il mesure le taux d' antistaphylolysine des lapins traités et montre que ce taux

est très élevé. SMITH (39) en 1937, LEVINE (23) en 1939 arrivent aux mêmes conclusions, et montrent aussi que l'action de l'antistaphylolysine alpha est spécifique.

En 1965, OTTAVIANI (29) étudie l'antitoxine staphylococcique du sérum de malades atteints d'ostéomyélite par analyse électrophorétique et montre que la fraction I g M du sérum représente la réponse humorale spécifique de l'organisme contre la toxine staphylococcique ; mais le mode d'action de l'antistaphylolysine alpha est très mal connu.

C) TECHNIQUE DE DOSAGE DES ANTISTAPHYLOLYSINES

La mise en évidence de ces antienzymes fait appel à la mise en oeuvre d'une réaction antigènes-anticorps qui est du type réaction de neutralisation. La présence de l'anti-enzyme se traduira par une activité inhibitrice neutralisant l'action biologique particulière de l'enzyme. L'action enzyme-antienzyme, fera donc intervenir trois réactifs : le sérum dans lequel on recherche l'antienzyme, l'enzyme et le substrat spécifique de l'enzyme.

Le dosage de l'antistaphylolysine fait appel à l'étalon international d'antistaphylolysine. Une dose connue et identique (0,10 unité) de staphylolysine est présentée à une série de doses croissantes du sérum étalon ainsi qu'à une série de dilution du sérum à tester.

On cherche dans chaque série le tube dans lequel la staphylolysine non neutralisée donne la demi-hémolyse vis à vis d'une suspension de globules rouges de lapins. A partir de cette lecture, le calcul du taux antistaphylolysine du sérum se fait en rapportant à la quantité étalon, la dilution du sérum à tester.

D) VALEURS NORMALES

De nombreux auteurs essayèrent de déterminer les limites de la normale du dosage des ASTL. Dès 1935, COBURN et PAULI (9) trouvèrent qu'aux U. S. A. les gens bien portants montraient des variations du taux d'ASTL en rapport avec la géographie, le titre diminuant du nord au sud.

Des études plus précises et sur un plus grand nombre furent entreprises à titre systématique. En 1949, SCHOENE et STEEN (37) présentèrent une étude comprenant plus de 500 Norvégiens donneurs de sang ; les taux furent trouvés le plus souvent à une valeur inférieure à 2,8 Unités et un taux de 3,5 Unités fut extrêmement rare. Ils notaient déjà une augmentation du taux en fonction de la présence de staphylocoques pathogènes dans la gorge et dans le nez. De même, INGESTAD et WINBLAD (18) étudièrent les dosages des ASTL chez les donneurs de sang sur une période de quatre ans et demi. Ils précisèrent qu'ils n'ont pas observé des différences de taux suivant le sexe mais ils relèvent par contre une certaine diminution avec l'âge. KIENITZ et WALTER (21) en 1963, sur 638 donneurs allemands pratiquèrent une étude statistique concluant à des taux normaux d'antistaphylolysines pour des valeurs comprises entre 0,5 U. et 1, 2 U. ; ils pensent cependant qu'il est préférable d'admettre comme limite supérieure de la normale le taux de 2 U. , rejoignant en cela les conclusions de LACK, de FRUMENTO (11), d'ANDREONI et PEDRINAZZI (1)...

SCHWARGERL (38) et FISCHER (10) pensaient, pour leur part, préférable de fixer la limite supérieure de la normale à 3 U.

Nous rapporterons les résultats de RUBI (36) portant sur 456 sérums d'enfants apparemment sains de la région de Dakar : sur 456 sérums :

- 304 sérums présentent un taux d'ASTL inférieur à 0,7 U par ml soit 67,5 %
- 128 sérums montrent un taux compris entre 0,7 U par ml et 2 U par ml soit 28,45 %
- 10 sérums montrent un taux compris entre 2 et 3 U soit 2,22 %
- 8 sérums montrent un taux d'ASTL supérieur à 3 U par ml soit 1,78 %

.../...

De même, nous rappellerons les résultats de JARRIAULT (19) en 1968 . Sur 658 dosages effectués :

- 408 sérum montrent un taux d'ASTL inférieur à 0,7 U par ml soit 62 %
- 149 sérum montrent un taux inférieur à 1 U par ml soit 22 %
- 103 sérum montrent un taux inférieur à 2 U par ml soit 15 %
- 2 sérum montrent un taux inférieur à 3 U par ml
- 2 sérum montrent un taux inférieur à 5 U par ml
- 1 sérum montre un taux inférieur à 7 U par ml

En ce qui nous concerne à la suite de travaux portant sur des sujets marocains et guyannais dans le cadre d'une statistique de l' O M S, nous avons :

- 27 sujets montrent des taux d'ASTL inférieurs ou égaux à 0,7 U par ml soit 46,4 %
- 28 sujets montrent des taux d'ASTL compris entre 0,7 U et 2 U par ml soit 46,9 %
- 4 sujets montrant des taux supérieurs ou égaux à 2 U par ml soit 6,7 %

Ces taux ont été déterminés pour des individus marocains par l'Institut Pasteur de Lyon. De même, pour les individus originaires de la Guyane, nous observons que :

- 61 sérums montrent des taux égaux ou inférieurs à 0,7 U par ml
- 9 sérums montrent des taux d'ASTL compris entre 0,7 U et 2 U par ml soit 12,3 %
- 3 sérums montrent des taux d'ASTL supérieurs ou égaux à 2 U par ml soit 4,1 %

Nous avons adopté comme limite supérieure normale le taux d'ASTL de 2 U par ml, ainsi que la plupart des auteurs. Nous verrons que, dans notre série de 100 sujets témoins, les taux étaient égaux ou inférieurs à 2 U sauf dans un cas où ils étaient compris entre 2 et 3 U. Nous précisons d'ailleurs ces éléments au chapitre des résultats.

IV - R E S U L T A T S _ P E R S O N N E L S

Rappelons que notre étude porte sur :

- A) - 11 cas de staphylococcies ostéo-articulaires certaines.
- B) - 7 cas d'affections non ostéo-articulaires staphylococciques de localisations différentes.
- C) - 12 cas d'affections ostéo-articulaires sans signatures bactériologiques d'étiologie staphylococcique probable ou possible.
- D) - 2 cas d'affections ostéo-articulaires non staphylococciques d'étiologie précise.
- E) - 7 cas d'affections ostéo-articulaires tuberculeuses certaines ou probables.
- F) - 100 cas d'affections diverses pour la plupart rhumatologiques et amicrobiennes.

Nous envisagerons successivement ces différents groupes de malades.

A) Staphylococcies ostéo-articulaires certaines (11 cas)

Nos observations :

OBS N° 1 - (Service du Pr. P. RAVALT et du Pr. E LEJEUNE H 20387)

M. DAM... Maxime 21 ans, chaudronnier
entre dans le service le 24/11/1969 pour tuméfaction sternale isolée
d'apparition récente.

.../...

Dans les antécédents l'on ne relève rien de particulier.

Le malade se plaint d'une voussure médiosternale douloureuse à la toux et à la pression, spontanément indolore, accompagnée d'un épisode bronchitique. Tout serait rentré dans l'ordre en 4 jours sous traitement antibiotique (rubitracine per os).

Réapparition un mois plus tard de la voussure médiosternale douloureuse spontanément avec apyrexie mais avec une VS à 83 mm.

A l'examen l'on note une voussure médiosternale en dessous de l'articulation manubrio corporeale douloureuse, peu fluctuante, débordant latéralement le sternum avec de petites adénopathies axillaires gauches mobiles et indolores. On hésite à retenir une splénomégalie.

Le bilan radio tomographique montre des séquelles de fracture de la 1ère côte droite avec col hypertrophique et peu densifié, un aspect morphologique très inhabituel du sternum avec assymétrie du manubrium et implantation anormale des clavicules ; un interligne manubrio corporeal élargi et érodé mais persistance de l'interligne avec légère densification et image parasternale opaque.

Le bilan biologique révèle la pousse d'un staphylococcus doré pathogène dans le pus retiré par ponction de la tuméfaction et des ASTL à 2,85U (le 24/12/69) et de 1,35 U (le 19/1/71), le reste du bilan biologique est négatif.

L'évolution est très favorable sous Flabelline et Terramycine, le malade quitte le service en continuant un traitement par la PYOSTACINE et sous la surveillance radiologique et biologique.

Résumé : Ostéoarthrite médiosternale staphylococcique. Nette augmentation des ASTL au 35e jour. ASTL normales 14 mois après.

OBS N° 2 (Service du Pr. E. LEJEUNE et du Pr. Ag. M. BOUVIER H 250)

L'adolescent PED... Patrick 15 ans

Entre dans le service le 29/7/70 pour arthrite aigue supurée de la cheville gauche.

.../...

Dans les antécédents l'on ne note rien de particulier.

Le malade se plaint depuis 6 jours d'une douleur lancinante localisée aux 2 maléoles et à la face supérieure du pied avec un tableau hyperthermique (Température à 39°) et VS à 113 mm.

A l'examen clinique l'on note une impotence globale du pied gauche et des signes inflammatoires locaux.

Le bilan radio tomographique d'abord négatif montre, au bout d'un mois et demi une très grosse ostéoporose microgéoédique du tibia et du péronné.

Le bilan biologique révèle une leucocytose à 14 500 GB par mm³ avec polynucléose (79 %), la présence d'un staphylocoque doré pathogène dans le liquide de ponction de l'articulation ainsi qu'aux hémocultures. Au dosage des ASTL un premier taux est de 2,02 U (le 30/09/70) puis 6 mois après de 0,85 U (le 26/03/71).

L'articulation est immobilisée par un plâtre et un traitement antibiotique associant Gentaline, Keflin et Pyostacine pendant 7 semaines, amène rapidement la guérison clinique et radiologique (image de reconstruction osseuse). Le malade sort en gardant un traitement antibiotique et sous surveillance radiologique et biologique.

Résumé : Ostéoarthrite staphylococcique de la cheville gauche (staphylocoque in situ). Légère augmentation des ASTL au 7e jour (2,02), taux normaux 6 mois après (0,85 U).

OBS N° 3 (Service du Pr. E LEJEUNE et du Pr. Ag. M. BOUVIER F 353)

Mle DAD... Victoria 18 ans

Entre dans le service le 12/12/70 pour gonalgie droite.

Dans les antécédents l'on note des épisodes de gonalgie depuis son enfance d'aspect plutôt inflammatoire.

Le malade se plaint depuis 5 jours de gonalgie entraînant une impotence fonctionnelle et un état subfébrile (Température à 37°8) et

VS à 105 mm à l'entrée.

A l'examen l'on note un genou douloureux avec chaleur locale, une limitation de la flexion, un point douloureux électif antérieur 2 cm au-dessus du bord supérieur de la rotule. Pas d'adénopathie.

Le bilan radiotomographique montre une image lacunaire de la jonction épiphysométaphysaire du fémur droit, bordé d'une condensation assez discrète et relativement peu caractéristique d'un vieux foyer d'ostéomyélite ancienne.

Le bilan biologique révèle la pousse d'un staphylococcus doré pathogène à la ponction du genou qui avait retiré 50 cc d'un liquide puriforme. Les dosages répétés des ASTL montrent des taux successifs de 1,10 U le 18/12/69 ; de 1,12 U le 20/01/70 ; de 1,30 U le 25/01/70 et de 1,20 U le 19/03/71.

Le genou est immobilisé et le traitement antibiotique est entrepris associant Flabelline, Pyostacine.

La malade sera revue pour discuter du drainage chirurgical éventuel de l'abcès.

Résumé : Ostéoarthrite staphylococcique de l'extrémité inférieure du fémur (staphylococcus pathogène in situ). ASTL normales au 11e jour, 42e jour, 45e jour et 3 mois après.(1,10 ; 1,12 ; 1,30 ; 1,20).

OBS N° 4 (Service du Pr. E. LEJEUNE et du Pr. Ag. M. BOUVIER H 413)

M. MAR... Adrien 60 ans

Entre dans le service le 9/03/71 pour arthrite du genou gauche.

Dans les antécédents l'on relève une blessure thoracique droite par éclat d'obus en 1940 qui a donné lieu au cours des 10 années suivantes

.../...

à des épisodes répétés de vomique purulente et de pleurésie purulente ayant entraîné en fin de compte une thoracoplastie et des séquelles pleurales gauches.

Décembre 1970, apparition progressive de douleurs de la cuisse et du genou diurnes et nocturnes accompagnées d'une hyperthermie à 40° nécessitant une hospitalisation. La ponction du genou révèle l'origine staphylococcique ; un traitement antibiotique in situ et par voie générale est mis en oeuvre pendant un mois ainsi qu'une immobilisation plâtrée. La température persiste malgré les perfusions de Flabéline. Arrêt des antibiotiques, le malade se plaint toujours du genou et présente un état subfébrile et une VS à 80 mm qui nécessite son hospitalisation dans le service.

A l'examen clinique on note un genou chaud et douloureux avec une douleur élective au niveau de la tubérosité tibiale antérieure.

Le bilan radio tomographique montre une grande ostéoporose du genou gauche avec un interligne un peu floconneux et une érosion en coup d'ongle sur la tubérosité tibiale antérieure. Beaucoup plus surprenante sont les images du genou droit qui a toujours été indolore où l'on note une double image ovalaire de la métaphyse fémorale avec sur le profil une réaction périostée.

Le traitement antibiotique associant Pyostacine, Terramycine et Flabéline n'a pu être continué car au bout de 10 jours le malade a présenté une insuffisance rénale aiguë qui a nécessité une exploration extra rénale. Entre temps revient le résultat de l'électrophorèse sanguine qui révèle la présence d'une gammopathie kahlérienne à chaîne légère Lambda. Il est probable que l'insuffisance rénale aiguë survenue au début du traitement staphylococcique aux doses usuelles s'explique par l'existence d'une néphropathie kahlérienne incipiens révélée à cette occasion.

Le bilan biologique est négatif, on ne retrouve pas la présence d'un staphylocoque pathogène in situ, le dosage des ASTL est inférieur à 0,7 U.

L'évolution, malgré cet incident, sera favorable, un traitement antibiotique par Pyostacine sera parfaitement toléré.

Résumé : Arthrite du genou staphylococcique (avec germe in situ) révélatrice d'une maladie de Kahler. ASTL normale (inférieure à 0,7 U).

OBS N° 5 (Service du Pr. A. BERTOYE F 29 058)

Mlle VAL... Patricia 22 ans

Adressée dans le service le 28/10/70 pour suspicion d'arthrite au niveau du pied gauche avec apirexie et VS à 55 mm.

Dans les antécédents l'on ne relève rien de particulier.

L'histoire actuelle débute le 18/10/70 quelques jours après avoir été en contact avec un chien porteur de staphylocoques, cette malade a présenté une éruption vésiculo pustuleuse avec une douleur aiguë au niveau des articulations métatarso phalangiennes (3e et 4e) du pied gauche.

A l'examen l'on retrouve quelques éléments vésiculeux au niveau du membre inférieur, du membre supérieur et de la région lombaire. L'on note un pied gauche inflammatoire avec point douloureux électif au niveau des articulations métatarso phalangiennes (3e et 4e).

Le bilan radio tomographique est négatif.

Le bilan biologique montre une leucocytose à polynucléose (10 700 avec 79 % de PN) et révèle la pousse d'un staphylocoque pathogène à la culture du pus ponctionné au niveau de l'articulation métatarso phalangienne du 3e orteil. Le dosage des ASTL est de 0,85 U le 6/11/70, de 0,85 U le 20/11/70 et de 0,85 U le 27/11/70.

Un traitement antibiotique par Méthicilline est entrepris, l'état local est satisfaisant et au bout d'un mois la malade quitte le service sous surveillance.

Résumé : Arthrite staphylococcique (germe in situ). ASTL Normale (Inférieure à 0,85 U au 9e, 23 e et 30e jour).

.../...

OBS N° 6 (Service du Pr. A. BERTOYE H 25 972)

L'enfant PER... Patrick 13 ans

Admis dans le service le 22/05/68 pour maladie de BOUILLAUD.

L'on ne note aucun antécédent personnel particulier en dehors de nombreux furoncles récents avec, entre autre, un gros furoncle anthracéïde de la région temporale droite encore visible.

Cet enfant était traité depuis une semaine à domicile pour une maladie de Bouillaud par pénicilline et corticoïde.

A l'entrée, l'enfant présente une hyperthermie à 40° avec VS à 48 mm.

A l'examen le tableau est celui d'une septicémie qui a rapidement revêtu une allure gravissime avec des localisations multiples :
- Atteinte pleuro-pulmonaire bi-latérale ayant nécessité des drainages pleuro ainsi qu'une ventilation assistée avant de guérir presque sans séquelles;

- Abscesses sous-cutanés multiples,

- Une atteinte vasculaire avec anévrysme mycotique huméral gauche ayant nécessité la ligature de l'artère humérale et responsable de troubles neurologiques multiples au niveau du médian, cubital et du radial.

Le bilan osseux radiologique confirme les multiplicités des atteintes qui intéressent essentiellement la hanche gauche, avec extension de l'infection à l'os iliaque et en partie à la branche ilio ischiatique et à l'ischion, les 2 humérus, principalement le gauche dans ses 2/3 supérieurs, le cubitus gauche dans sa presque totalité avec double fracture de ce dernier au niveau de l'épiphyse supérieure et de la partie inférieure de la diaphyse ; enfin, le genou droit est envahi par une ostéite presque totale.

Le bilan biologique révèle la présence d'une importante leucocytose et permet surtout de mettre en évidence la pousse d'un

.../...

staphylocoque doré pathogène à plusieurs hémocultures. Le taux des ASTL est de 40 U le 27/05/68 puis de 4 U le 22/06/68. Le reste du bilan biologique est négatif.

L'évolution s'est faite vers une guérison lente obtenue au prix d'un traitement antibiotique de 10 mois, comprenant Flabelline, Kelfin, Pyostacine entre autre.

Résumé : Septicémie à staphylocoques à hémocultures positives avec localisations viscérales multiples. Augmentation nette des ASTL au 12^e jour (40 U), augmentation plus modérée (4 U) au 37^e jour de l'infection.

OBS N° 7 (Service du Pr. RAVAUT et du Pr. E. LEJEUNE H 20 424)

M. MIL... Jean 64 ans, fondeur.

Est admis dans le service le 8/01/70 pour dorsalgies fébriles.

Dans les antécédents l'on relève une silicose pensionnée à 65 % et une néphrectomie en 1963 après traumatisme rénal.

Le malade se plaint depuis un mois environ de dorsalgies surtout mécaniques accompagnées d'un état sub-fébrile (37,8) à l'entrée et d'un VS à 90 mm. Les douleurs auraient débuté 3 mois plus tôt lors de la septicémie à staphylocoques, elles cédèrent sous traitement antibiotique (les radios étaient normales).

L'examen clinique révèle une raideur dorso lombaire importante et une petite saillie douloureuse de l'épineuse de D 11.

Le bilan radio tomographique montre une érosion nette et étendue des plateaux inférieurs de D. 11 et supérieurs de D. 12 sans images cavitaires ni abcès évocateurs d'un mal de Pott.

Le bilan biologique est négatif à part les ASTL trouvées à 26,92 U le 16/01/70.

On conclut donc au diagnostic de spondylodiscite D. 11 D. 12 découverte au décours d'une septicémie à staphylocoques. La reprise

.../...

d'un traitement antibiotique et sous surveillance clinique et biologique.

Résumé : Spondylodiscite staphylococcique D. 11 D. 12, dépistée 3 mois après une septicémie à staphylocoques (3 hémocultures positives) probablement traitée insuffisamment . Augmentation nette des ASTL (26,92 U) au 38e jour.

OBS N ° 8

(Service du Pr. A. BERTOYE

H 21 017)

L'enfant CLA... Jacques 14 ans

Entre dans le service le 25/03/62 pour une arthrite de l'épaule droite.

Dans les antécédents l'on ne relève rien de particulier.

L'enfant présente des scapulalgies droites fébriles avec une VS à 55 mm.

A l'examen l'on note des signes inflammatoires locaux et une limitation fonctionnelle douloureuse.

Le bilan radio tomographique montre à la partie supéroexterne de la tête humérale droite une zone d'ostéoporose avec disparition de la trabéculatation osseuse normale.

Le bilan biologique met en évidence un staphylocoque doré pathogène à deux hémocultures successives ainsi qu'une leucocytose (à 10 000) sans polynucléose. Les ASTL sont à 7,5 U le 5/04/62.

L'évolution traitée est rapidement favorable et le malade sort après 20 jours de traitement associant Flabelline puis Pénistaph et Tifomycine.

Résumé : Ostéomyélite staphylococcique de l'extrémité supérieure de l'humérus droit (hémocultures positives), nette augmentation des ASTL au 13e jour.(7 U). 7,5 U

.../...

OBS N° 9

(Service du Pr. A. BERTOYE

F 16 445)

Mme PRA..... Georgette 43 ans

Est hospitalisée le 25/01/66 dans le service pour tableau septicémique.

Dans ses antécédents, l'on relève une hépatite infectieuse 9 ans auparavant, un éventuel rhumatisme articulaire aigu sans augmentation des anticorps streptococciques, 8 ans auparavant, enfin un panaris de l'index gauche 1 an auparavant.

La malade se plaint depuis 3 semaines de douleurs du tibia droit, traitées à domicile par une antibiothérapie aveugle, accompagnées d'hyperthermie à 40 ° avec frissons et VS à 57 mm à l'entrée.

A l'examen clinique, on note une tuméfaction de l'extrémité supéro et inféro-interne du tibia droit.

Le bilan radio tomographique montre une image lacunaire intra-osseuse accompagnée d'une réaction périostée.

Le bilan biologique révèle la pousse d'un staphylocoque doré pathogène aux hémocultures et les ASTL sont à 4,5 U, le 17/02/66.

Le traitement antibiotique est entrepris et le malade part en convalescence avec un hémogramme et une VS normaux .

Un mois plus tard, survient un nouvel épisode fébrile, avec furoncle du conduit auditif externe dont le prélèvement confirme la nature staphylococcique; de même, un staphylocoque doré pathogène est isolé dans les selles. On entreprend un traitement par bactériophages.

9 mois après sa première hospitalisation, la malade présente une localisation cubitale traduite radiologiquement par une érosion irrégulière intéressant principalement la corticale ; l'hémogramme est normal, la VS à 25mm et les ASTL sont à un taux de 1,6 U. On entreprend un traitement par le calcium et la malade sort.

Résumé : Septicémie à staphylocoques avec localisation osseuse (hémocultures positives) Nette augmentation des ASTL au 38e jour (4,5 U). ASTL normales 9 mois après l'infection (1,6 U).

.../...

OBS N° 10

(Service du Pr. P. RAVALT et du Pr. E. LEJEUNE

H 20 233)

L'adolescent POS Gilbert 17 ans

Entre dans le service le 14/9/69 pour suspicion d'arthrite aiguë de la hanche gauche.

Dans les antécédents, on relève une primo infection tuberculeuse traitée pendant 18 mois à l'âge de 3 ans ; il se trouve depuis 3 ans dans une maison d'IMP.

Le malade se plaint depuis 5 jours de douleurs fessières gauches survenues d'une manière inopinée au cours d'une partie de basket ball, avec une hyperthermie à 40°, une VS à 50 mm à l'entrée.

A l'examen clinique, on note une hanche en demi-flexion, en abduction, et en rotation externe. Les mouvements sont très douloureux. Il n'existe pas de douleurs trochantériennes franches, par contre, le palper déclanche une douleur très vive au niveau de la sacro iliaque et au niveau de la fesse.

Le bilan radio-tomographique montre un aspect très suspect de la sacro iliaque gauche (flou et aspect grignoté du bord iliaque, élargissement de l'interligne).

Le bilan biologique révèle la présence d'un staphylocoque doré pathogène à la pousse tardive des hémocultures ; le dosage des ASTL le 17/09/69 montre un taux de 1,30 U, et le 2/10/69 un taux de 5,25 U, le reste du bilan biologique est négatif.

Le traitement anti staphylococcique associant Ceporine, Gentiline puis Bristopen à doses importantes, administré par voie injectable avec relai per os, a amené la guérison clinique en même temps que radiologique.

Résumé : Sacro iléite staphylococcique (hémocultures positives) ASTL normales au 8e jour (1,30 U), nette augmentation des ASTL (5,25 U) au 23 e jour.

.../...

OBS N° 11

(Service du Pr. A. BERTOYE

H 22 683)

M. CHA... Jules 68 ans

Entre dans le service le 16/03/64 pour septicémie à staphylocoques.

Dans les antécédents on note une pleurésie peut-être tuberculeuse en 1926.

La porte d'entrée serait représentée par une piqure septique de l'index droit datant de 3 semaines. Le malade a présenté à plusieurs reprises des clochers fébriles avec frissons et apparition d'une "tournioles" de l'index droit qui a été incisée. Un staphylocoque doré pathogène est isolé à l'hémoculture. Puis s'installent des gonalgies fébriles avec, à l'entrée, une VS à 55 mm. A l'examen on note un genou chaud et douloureux.

Le bilan radio tomographique montre une disparition de l'interligne interne.

Le bilan biologique montre une discrète leucocytose à polynucléaires mais révèle surtout la présence d'un staphylocoque doré pathogène à l'hémoculture alors que les cultures du liquide de la ponction du genou sont stériles. Le dosage répété des ASTL montre des taux inférieurs à 0,70 U le 20/03/64 ainsi que le 17/04/64 ainsi que le 8/05/64. Un taux pratiqué 6 ans après lors d'un nouveau séjour est toujours inférieur à 0,70 U (le 20/09/70. Le reste du bilan est négatif.

Le genou est immobilisé et un traitement antibiotique associant Flabelline, Fucidine Pyostacine est entrepris pendant 9 semaines, puis le malade est confié au chirurgien pour drainage du genou.

Résumé : Arthrite staphylococcique du genou droit (hémocultures positives). ASTL inférieure à 0,70 U à la 3e semaine, à la 4e semaine à la 5e semaine.

Si l'on répartit ces 11 staphylococcies ostéo-articulaires certaines en ostéo-arthrites, ostéomyélites et enfin spondylodiscites et sacro-iléites, on obtient le tableau suivant (Tableau I).

.../...

STAPHYLOCOCCIES OSTEO-ARTICULAIRES CERTAINES

	ARTHRITES	OSTEOMYELITES	DISCOSPONDYLITES SACRO ILEITES	TOTAUX
Antistaphy- lolysine élevée	2	3	2	7
Antistaphy- lolysine normale	4			4
	6	3	2	11

TABLEAU I

Nous développerons ultérieurement les résultats qui apparaissent sur ce tableau dont on peut déjà dégager la positivité globale voisine des 2/3.

B) Affections staphylococciques de localisations différentes non ostéo-articulaires.(7 cas).

Nos observations : Nous avons observé les 7 cas suivants de staphylococcies cutanées, rénales, pleuro-pulmonaires et des septicémies à staphylocoques.

OBS N° 12

(Service du Pr. A BERTOYE

H 26 005)

L'adolescent JOU... Charles, 16 ans, écolier

Est adressé dans le service le 30/05/68 pour furoncle de la lèvre supérieure d'étiologie staphylococcique avec une température subfébrile.

Dans les antécédents on note une staphylococcie familiale évoluant depuis plus de 3 ans chez tous les membres de la famille (père, mère et les deux soeurs). Il aurait personnellement eu une quinzaine de manifestations staphylococciques cutanées depuis 3 ans. Il vient de subir la dernière injection d'une série de douze auto vaccins.

L'histoire actuelle a débuté il y a deux jours par l'apparition d'un furoncle de la lèvre supérieure, volumineux, médian, sensible à la palpation.

L'examen clinique est négatif, pas de ganglions, pas de cordon phlébitique de la veine faciale, gorge normale.

Le bilan biologique montre une leucocytose à polynucléose (11 300 GB par mm3 avec 72 % de PN), les prélèvements effectués au niveau du nez et de la bouche révèlent la présence d'un staphylocoque pathogène de même que les prélèvements du pus in situ. Les hémocultures sont négatives, le dosage des ASTL est à 5 U le 8/06/68.

Un traitement antibiotique par Pyostacine et bactériophage est entrepris, associé à une radiothérapie locale et l'évolution s'avère rapidement favorable.

.../...

Résumé : Furoncle de la lèvre supérieure, nette augmentation des ASTL
au 10e jour (5 U).

OBS N° 13 (Service du Pr. E. LEJEUNE et du Pr. Ag.
M. BOUVIER F 750)

Mme SAM... Jeanne, emballeuse

Est admise dans le service le 22/10/70 pour poussée évolutive de L E D
avec hyperthermie à 39/40 et une VS à 40 mm.

Dans les antécédents l'on note un L E D qui a débuté par une
forme polyarticulaire isolée de 1962 à 1969, date de la première poussée
de l'atteinte polyviscérale (Cellules LED trouvées dans le liquide pleural
et dans le sang à cette époque). L'hospitalisation dans le service est
motivée par l'installation d'un tableau d'insuffisance respiratoire
aiguë en relation avec une récurrence de péricardite et l'apparition d'une
miliaire pulmonaire associée à un élargissement du médiastin supérieur.

Le bilan biologique confirme le L E D, le bilan infectieux à
la recherche d'une étiologie microbienne ou tuberculeuse des images
miliaires est négatif.

Au cours de l'évolution, sont apparus des abcès multiples
des gencives et des fesses, au sein desquelles plusieurs germes sont
isolés (staphylocoques, entérocoques).
Le dosage des ASTL est de 1,57 U le 26/02/71 et de 1,50 U le 19/07/71.

La malade quitte le service très améliorée sur le plan pulmo-
naire cardiaque et cutané sous surveillance médicale.

Résumé : LED avec infection staphylococcique multifocale.
ASTL normales (1,57 U) au 7e et 25e jour.

OBS N° 14

(Service du Pr. A. BERTOYE

F 29 388)

Mlle RIG... Aline 58 ans, religieuse

Est adressée dans le service le 16/01/71 pour état septicémique après deux interventions sur un abcès du pied avec température à 38° et VS à 65 mm.

Dans les antécédents on note un RAA à l'âge de 29 ans, une paratyphoïde à 39 ans et une PCR qui a débuté à l'âge de 41 ans pour laquelle de nombreux traitements ont été institués à base de sels d'or puis de corticoïdes. On a pratiqué en 1968 une synovectomie des 2 genoux. A l'heure actuelle la malade est bien équilibrée par Nifluril et Rhonal.

L'histoire actuelle débute en Août 1970 par des douleurs lancinantes du pied gauche mis sur le compte de la PCR. En décembre 1970, douleurs très importantes avec impotence fonctionnelle, la palpation entraîne la fistulisation d'un abcès situé au niveau des métatarsiens, une incision de l'abcès est pratiquée et un traitement antibiotique par Gentalline est entrepris, mais une nouvelle incision 10 jours plus tard est pratiquée et le traitement antibiotique est renforcé par Erythromycine.

Plusieurs hémocultures ont mis en évidence un staphylocoque, les dernières sont stériles mais devant la persistance de la température elle est adressée dans le service.

L'examen clinique montre un important oedème au niveau de la jambe gauche avec une plaie suppurante et un nouvel abcès au niveau de la racine du bras gauche.

Le bilan radiotomographique ne montre pas d'atteinte osseuse sous jacente.

Le bilan biologique révèle une leucocytose (11 200 GB par mm³) sans polynucléose ainsi que la présence d'un staphylocoque doré pathogène dans la culture du pus, au niveau de l'abcès du bras gauche et au niveau de la plaie du pied. Les hémocultures sont négatives. Le dosage des ASTL

.../...

montre des taux successifs inférieurs à 0,7 U le 21/01/71 et le 26/02/71.

La malade est mise sous association d'antibiotiques (Streptomycine et Méthicilline). Au bout d'un mois de traitement les plaies sont cicatrisées, l'hémogramme est normal et la malade part en convalescence avec un traitement à base de Pyostacine.

Résumé : Septicémie à staphylocoques avec localisations sous-cutanées chez une PCR, ASTL négatif (Inférieur à 0,7 U au 2e mois et au 3e mois).

OBS N° 15 (Service du Pr. A. BERTOYE F 25 698)

Mme FAR... Jeanne 60 ans

Est adressée dans le service le 6/02/68 pour une infection staphylococcique de la cloison nasale.

Dans les antécédents l'on note, à 15 ans une congestion pulmonaire du lobe supérieur droit avec pleurésie non tuberculeuse, à 20 ans une première dépression nerveuse et à 30 ans l'on découvre, à la suite du bilan, une ptose rénale.

L'histoire actuelle débute en avril 67 par un furoncle de la cloison nasale, cette infection n'a jamais rétrocedé complètement, de plus, elle a entraîné une albuminurie variable. Depuis 10 jours l'exacerbation des douleurs locales et les céphalées nécessitent son hospitalisation.

A l'examen clinique l'on ne retrouve pas actuellement d'infection staphylococcique au niveau du nez.

Le bilan biologique confirme l'atteinte glomérulaire par l'immunoélectrophorèse des urines, cependant l'absence d'élévation de l'azotémie et de l'hypertension ainsi que la discrétion des épreuves fonctionnelles font plutôt penser à une atteinte parcellaire. Le dosage des ASTL montre

.../...

des taux à 6 U le 16/02/68 et à 7 U le 1/03/68.

Devant la persistance d'une albuminurie et d'une hématurie microscopique malgré le repos au lit, la malade est dirigée dans un service spécialisé pour exploration complémentaire et en particulier PBR, qui montrera qu'il s'agissait de lésions glomérulaires non prolifératives de type extra membraneux, lésions assez importantes mais peu évolutives

Résumé : Glomérulo néphrite post staphylococcique probable avec nette augmentation des ASTL à des dosages successifs au 20e jour et au 28e jour (6 et 7 U).

OBS N° 16

(Service du Pr. A. BERTOYE

H 29 215)

Mr. PIO..... Daniel 27 ans

Est adressé dans le service le 5/12/1970 pour paratyphoïde C diagnostiquée sur la réponse du sérodiagnostic positif à 1/1600.

Dans les antécédents, l'on note que ce malade est interné depuis 1965 pour maladie psychiatrique.

L'histoire actuelle débute au mois de novembre par un syndrome infectieux, un bilan complet effectué est négatif et le malade repart avec un traitement antibiotique.

Le tableau s'aggrave, malgré les antibiotiques et il est hospitalisé dans un autre service, fin novembre pour pneumopathie sévère. L'état s'améliore sous antibiotiques associant Totapen et Gentalline puis anti-tuberculeux ; l'existence de signes encéphalitiques et d'une importante splénomégalie, qui régresse en 3 jours, ont fait pratiquer des sérodiagnostics qui montrent une positivité importante au para C ; un traitement à la tyfomycine est entrepris et le malade nous est adressé. Tous les examens pratiqués à l'hôpital Ste-Eugénie à la recherche de germes banaux et du BK sont négatifs.

A l'entrée, le malade est subfébrile (37,5)

.../...

A l'examen, le malade se présente dans un état obnubilé avec lenteur d'élocution et tremblement important des membres supérieurs ; l'on note un silence respiratoire à la base droite, le reste de l'examen est négatif (pas de splénomégalie, pas de taches rosées).

Le bilan radiotomographique montre une pleuropneumopathie de la base droite en voie de guérison.

Le bilan biologique montre des sérodiagnostics typhiques et paratyphiques négatifs, le problème étiologique est donc reconsidéré.

Alors que le tableau pulmonaire était en voie de guérison, il apparaît brusquement un épanchement pleural gauche, confirmé par la radio et la ponction, avec reprise de la température.

Les examens répétés, pratiqués sur les liquides de ponction, sont tous négatifs ainsi que les hémocultures. Malgré un traitement antibiotique mixte (antibiotique pour les germes banaux et anti bacillaire) associé aux corticoïdes, l'état du malade s'aggrave après une défervescence de quelques jours. Les radios montrent alors 3 niveaux liquides.

Le problème de l'étiologie bacillaire, un moment envisagé, après la négativité des sérodiagnostics typhiques et paratyphiques, est récusé et on admet l'hypothèse d'une staphylococcie qui cadrerait assez bien avec l'évolution à bascule, les cavités multiples et la très forte leucocytose à polynucléose plusieurs fois retrouvée (43.900 GB par mm³ avec 84 % de PN, 22000 GB par mm³ avec 86 % de PN, 11000 GB par mm³ avec 86 % de PN). Le traitement antibiotique mixte est poursuivi et le malade décède brusquement.

Tous les examens à la recherche d'une étiologie sont négatifs (hémocultures, cultures du liquide pleural ...) ainsi que les sérodiagnostics, mis à part les sérodiagnostics antistaphylococciques qui montrent un taux des ASTL à 4,25 U le 15/01/71.

Résumé : Pleuropneumopathie à bascule d'étiologie staphylococcique probable, nette augmentation des ASTL (4,25 U) au 20e jour.

OBS N° 17

Service du Pr. A. BERTOYE

H 25 920.

L'enfant TIN.... Pascal 2 mois 1/2

Est adressé dans le service le 28/04/68 pour un syndrome respiratoire avec polynée, battements des ailes du nez, cyanose et pâleur.

A l'examen clinique on note une matité de l'hémithorax droit avec seulement quelques râles à l'auscultation, une déshydratation avec peau sèche, un syndrome infectieux, VS à 60mm sans température.

Le bilan radio tomographique met en évidence une opacité homogène de l'hémithorax droit avec poumon rétracté à la base et aux hiles et une image aérique au niveau des culs de sacs droits.

Le diagnostic de pyopneumothorax vraisemblablement staphylococcique ne faisait pas de doute.

Le bilan biologique révèle une importante leucocytose (30.000 GB par mm3) et la pousse d'un staphylocoque doré pathogène dans le pus du drainage pleural (150 cc retirés à la première ponction). Le dosage des ASTL montre un taux à 0,7 U le 10/05/68 puis à 7,5 U le 31/05/68.

L'enfant est mis sous Pyostacine puis Flabelline associées aux corticoïdes. Au bout de 3 mois de traitements antibiotiques, la radio pulmonaire est pratiquement normale, il ne persiste qu'une petite image pleurale. L'enfant part dans une pouponnière.

Résumé : Staphylococcie pleuro pulmonaire, nette augmentation des ASTL à 20 jours d'intervalle (0,7 U à 7,5 U) au 10e et au 30e jour.

.../...

OBS N° 18

(Service du Pr. A. BERTOYE H. 29255)

Mr CHA..... Antoine

Est adressé dans le service le 12/08/70 par un Service de l'hôpital cardiologique pour une septicémie à staphylocoques ayant succédé à une stimulation endocavitaire motivée par un bloc auriculo ventriculaire par infarctus probable.

Malgré un traitement antibiotique intensif pendant 10 jours la fièvre n'a pas régressé et la malade est adressé dans le service, avec hyperthermie à 39° et une VS à 62 mm.

A l'examen, le malade est somnolent et stuporeux et l'on note à l'auscultation un frottement péricardique entendu aux deux temps.

Le bilan radio tomographique montre un gros coeur et un épanchement pleural droit.

Le bilan biologique révèle la pousse d'un staphylocoque doré pathogène à l'hémoculture (les hémocultures antérieures avaient déjà révélé la présence d'un staphylocoque doré pathogène) alors que le liquide hématique de ponction de l'épanchement droit est stérile. Le dosage des ASTL montre des taux à 0,8 U le 18/12/70. Le reste du bilan biologique est négatif.

A l'association Gentalline Flabelline, sont ajoutés des corticoïdes. Le traitement héparinique est continué. Au bout de 3 semaines la température s'est normalisée ainsi que la numération formule. Le frottement péricardique a disparu de même que l'épanchement pleural droit. Devant cette évolution favorable, le malade est envoyé en maison de repos avec un traitement et sous surveillance.

Résumé : Septicémie à staphylocoques, ASTL normale (0,8) au 4e jour.

.../...

Ainsi sur 7 observations de staphylococcies sans atteinte ostéo-articulaire, dont 6 cas avec signature bactériologique et 1 cas seulement probable, nous relevons (Cf Tableau II) 4 élévations du taux d'ASTL avec des positivités allant de 4,25 U à 7,5 U (Moyenne 5,9 U) et 3 cas avec des taux négatifs compris entre 0,7 et 1,57 U (Moyenne 1 U).

La positivité est ainsi supérieure à la moitié sur les 7 cas de cette brève série.

.../...

AFFECTIONS STAPHYLOCOCCIQUES DE LOCALISATION DIFFERENTE

	STAPHYL. CUTANÉES	RENALES	PLEURO- PULMONAIRES	SEPTICÉMIES	TOTAUX
Antistaphy- lolyse élevée	1	1	2		4
Antistaphy- lolyse normale	2			1	3
	3	1	2	1	7

TABLEAU II

C) Affections ostéo-articulaires aiguës, sans signature bactériologique, staphylococciques probables ou possibles (12 cas).

Nous étudierons successivement les affections ostéo-articulaires probablement de nature staphylococcique (4 cas) et les affections ostéo-articulaires aiguës d'étiologie indéterminée, d'étiologie staphylococcique seulement possible (8 cas).

Nos observations :

a) Ostéo-arthrites probablement de nature staphylococcique (4 cas)

OBS N° 19

(Service du Pr. A BERTOYE

H 26 191)

L'enfant IMB... Bruno, 5 ans et demi

Entre dans le service le 2/08/68 pour suspicion d'arthrite de la cheville gauche.

L'on ne relève pas d'antécédents pathologiques notables.

L'examen clinique révèle une tuméfaction chaude et douloureuse de l'articulation tibio tarsienne gauche entraînant une impotence fonctionnelle avec un tableau hyperthermique (Température à 39° et VS à 70 mm) à l'entrée. Huit jours auparavant l'enfant avait eu un abcès dentaire.

Le bilan radio tomographique montre un aspect multi lacunaire et irrégulier de l'extrémité inférieure du tibia gauche avec périostose interne en regard des lésions.

Le bilan biologique montre que les hémocultures répétées restent stériles, par contre on retrouve 3 fois de suite un staphylocoque doré pathogène dans la culture du pus au niveau de l'abcès dentaire. Le reste du bilan est négatif, sauf le dosage des ASTL qui montre un taux à 13,5 U le 23/08/68.

L'évolution est favorable sous traitement antibiotique

.../...

(Flabelline et Pyostacine), 16 jours après l'entrée l'apyrexie est obtenue.

Résumé : Ostéomyélite staphylococcique probable, nette augmentation des ASTL au 25e jour. (13,5 U).

OBS N ° 20 (Service du Pr. E. LEJEUNE et du Pr. Ag. BOUVIER H 548)

M. ALE... Jean 60 ans

Entre dans le service le 24/03/71 pour syndrome douloureux aigu cervico-dorsal inexpliqué avec VS à 110 mm.

Dans les antécédents l'on note une blessure de guerre en 1944 par balle occasionnant :

- 5 perforations du grêle,
- 1 perforation thoracopulmonaire,
- 1 hémisection du nerf sciatique gauche entraînant des séquelles à la flexion plantaire.

De nombreuses interventions restitutrices ont été pratiquées depuis, le malade est pensionné à 100 %.

En voyage au Caire le 10/03/71 le malade absorbe un vol au vent qui engendre, dans les heures qui suivent, une diarrhée profuse chez l'intéressé ainsi que chez 18 autres convives ayant goûté à ce met. Les 40 autres convives qui ont absorbé le même repas, mais en remplaçant le vol au vent par des crevettes du Nil, n'ont observé aucun trouble. De façon simultanée à l'épisode diarrhéique, le malade présente une nouvelle poussée douloureuse de lombosciatique gauche, fait banal pour lui, mais accompagnée, toutefois, à partir de 14 heures le lendemain de l'apparition brutale en coup de poignard, d'une douleur dorsale médiane haute, rebelle aux antalgiques avec blocage cervical. Cette douleur nécessite le palfium et le malade est rapatrié sanitaire d'urgence..

A l'entrée, le malade se plaint de cervicalgies et de dorsalgies

.../...

violentes dans un tableau subfébrile.

L'examen clinique révèle une raideur rachidienne très douloureuse ainsi que des douleurs, à la pression, des épineuses cervicales basses et dorsales hautes sans signe neurologique, ni nausée, ni photophobie, ni vertige.

Le bilan radio tomographique montre une altération de l'interligne C. 6 C7 avec irrégularité discrète des plateaux (le 25/03/71). Un nouveau bilan (le 7/04/71) montre l'accentuation des images avec profonde altération du disque à prédominance antérieure entraînant un tassement de C 6 avec angulation à concavité antérieure justifiant de façon impérative le port d'une minerve ainsi que l'image d'abcès antérieurs.

Le bilan biologique révèle à 2 PL, dont l'une en urgence, un liquide hémorragique avec surnageant xanthochromique; il existe une hyper albuminorachie respectivement à 12,7 et à 5 gr. par litre avec hypercytose à 96 et 20 éléments par mm³.

Les examens bactériologiques avec culture du LCR sont stériles de même que les hémocultures ; de même, les sérodiagnostics rickettsie malte, cosackie, polio, leptospire, strepto, amibien, et virus neurotrope sont négatifs alors que le sérodiagnostic staphylococcique n'est pas pratiqué, faute de sérum ^{que} Les sérodiagnostics typhiques et paratyphiques /ne le sont pas par erreur. La numération formule montre leucocytose à polynucléose (une première fois 9 200 avec 62 % de PN et une deuxième fois à 9 500 avec 63 % de PN). L'hémorragie méningée serait dans ce tableau de DSI la traduction d'une petite touche microbienne soit la conséquence d'une congestion vasculaire au voisinage du foyer infectieux avec petit "raptus hémorragique"; les taux successifs des ASTL sont inférieurs à 0,7 U le 8/04/71, à 0,9 U le 30/04/71, -inférieurs à 0,7 U le 6/05/71, de même que le 14/05/71.

Le malade est mis à un traitement antibiotique associant Flabelline plus Terramycine pendant 6 jours puis Lincocine per os et IM

.../...

pendant 31 jours amenant la cessation des douleurs et le retour à la normale de la température en 8 jours. Un essai de traction par broche de Cruschfeld n'ayant pas été supporté a dû être interrompu ,en urgence, devant un tableau de détresse respiratoire qui céda immédiatement à la suppression de la traction .

La suspicion de DSI staphylococcique devant la rapidité d'installation de la toxi infection alimentaire se trouve renforcée par le fait qu'un des convives serait actuellement traité pour une arthrite purulente de la hanche à staphylocoques.

Le malade sort avec un traitement de Lincocine per os et IM et une gouttière en plastique. Le malade restera sous surveillance (VS et bilan radio tomographique) toutes les 3 semaines.

Résumé : Spondylodiscite C6 C7 probablement staphylococcique, les dosages successifs des ASTL sont normaux (0,7 U) au 30e, 50e, 58e et 64e jour.

OBS N° 21 (Service du Pr. E. LEJEUNE et du Pr. Ag. BOUVIER H 5)

M. CUF... Antonio 27 ans, peintre

Est adressé dans le service le 21/10/70 pour des douleurs peu systématisées du membre inférieur gauche avec une VS à 55 mm.

Dans les antécédents l'on relève une ostéomyélite du fémur gauche à l'âge de 12 ans traitée par immobilisation de courte durée puis chirurgicalement à l'âge de 12 ans, 15 ans, 19 ans (évacuation d'un foyer abcédé à 3 reprises).

Le malade se plaint depuis un mois de gonalgies surtout nocturnes.

L'examen clinique nous révèle des gonalgies sans signes inflammatoires avec irradiations progressives de la douleur à la cuisse, à la fesse, dans la région para vertébrale gauche, à la jambe et à la face dorsale du pied. On note une diminution du rotulien et de l'achilléen

gauche ; le reste de l'examen est négatif.

Le bilan radio tomographique montre des séquelles d'O M diaphyso-métaphysaire inférieure du fémur gauche avec remaniement des corticales et de l'os spongieux évoquant un abcès central

Le bilan biologique est négatif à part la présence d'un micro cocus à une seule hémoculture et le dosage des ASTL qui montre un taux égal à 2 U.

Avant d'entreprendre une trépanation de l'os pour évacuer le pus, un traitement antibiotique de 3 semaines est entrepris à domicile par la Pyostacine.

Un mois plus tard, une nouvelle poussée douloureuse, à type de gonalgie lancinante avec hyperthermie.

A l'examen l'on note une tuméfaction et une douleur à la partie inféro-interne de la cuisse. Un traitement antibiotique associant Riflin et Pyostacine est entrepris et le malade est adressé dans un service chirurgical.

Résumé : Ostéomyélite chronique du fémur gauche, probablement staphylococcique avec ASTL normales (2 U) au 9e jour.

OBS N° 22

(Service du Pr. A. BERTOYE

H 24 221)

M. AYM... Gérard, 29 ans

Est adressé dans le service le 21/06/66 pour asthénie avec température subfébrile (Température à 38°).

Dans les antécédents on note un infiltrat tuberculeux sous claviculaire gauche à 26 ans, en 1964 une cystite à staphylocoque doré pathogène suivie, 3 mois après, par une ostéomyélite de l'extrémité inférieure du tibia gauche traitée dans un autre service.

Il est hospitalisé dans le service pour recrudescence thermique 15 mois plus tard.

.../...

L'examen clinique s'avère négatif.

Le bilan radio tomographique montre un aspect micro géodique et un épaississement de la corticale au niveau de l'extrémité inférieure du tibia gauche.

Le bilan biologique est entièrement négatif, VS normale (8 mm), hémogramme normal, de même que le bilan bactériologique et sérologique mis à part le dosage des antienzymes staphylococciques qui montre un taux d'ASTL à 2,5 U 16 mois après le début clinique.

Résumé : DM de l'extrémité inférieure du tibia gauche survenue 3 mois après une infection urinaire à staphylocoques ASTL augmentée (2,5 U) au 16e mois.

b) Affections ostéo-articulaires aiguës d'étiologie indéterminée staphylococciques possibles (8 cas).

Nos observations :

OBS N° 23 (Service du Pr. E. LEJEUNE et du Pr. Ag. BOUVIER F 415)

Mlle MON... Marinette 21 ans, secrétaire

Entre dans le service le 30/01/71 pour arthrite sacro iliaque gauche.

L'on ne relève pas d'antécédents pathologiques notables.

Depuis 3 jours, cette malade présente un syndrome aigu comportant un tableau hyper algique localisé de façon très précise au niveau de la sacro iliaque gauche avec une température à 40° et une VS à 87 mm.

L'examen clinique montre une limitation douloureuse des mouvements des articulations des hanches avec un point douloureux électif au niveau de l'articulation sacro iliaque gauche ; le reste de l'exa-

.../...

est négatif.

Le bilan radio tomographique confirme l'arthrite sacro iliaque.

Le bilan biologique, à la recherche d'une étiologie infectieuse, est décevant (numération formule normale, hémocultures négatives, séro diagnostics négatifs, à part les sérodiagnostics staphylococciques répétés qui montrent une ascension du taux à 4 dosages successifs : ASTL 1,35 U le 1/02/71 , ASTL 1,5 U le 10/02/71, ASTL 2,25 le 27/02/71, ASTL 3 U le 2/03/71.

L'amélioration clinique est obtenue au bout de 8 jours par un traitement antibiotique associant Flabelline Terramycine et Streptomycine qui est poursuivi pendant 6 semaines. La malade quitte le service avec un traitement per os par la Pyostacine et sous surveillance clinique et radiologique.

Résumé : Sacro iléite gauche, probablement staphylococcique avec nette augmentation des ASTL à des dosages successifs (1,35 au 6e jour, 1,50 au 15e jour, 2,25 au 32e jour et 3U au 36e jour).

OBS N ° 24

(Service du Pr. E. LEJEUNE et du Pr. Ag. BOUVIER H 707)

M. MICH... Louis, 60 ans, représentant

Est adressé dans le service le 7/06/71 pour bilan de dorsalgie avec un état fébrile et une VS à 87 mm.

Dans les antécédents l'on note une furunculose à l'âge de 18 ans qui persistera jusqu'à un traitement autohémothérapique pratiqué au service militaire ; un rhumatisme articulaire aigu à 26 ans ; à 30 ans des troubles digestifs en captivité (dysenterie amibienne probable et un éventuel scorbut avec déchaussement des dents) et plus récemment, 3 crises de coliques néphrétiques droites en 5 ans.

.../...

Le 28 avril, pendant son travail, le malade ressent une douleur en coup de poignard au niveau de la jonction dorsolombaire, accompagnée de cervicalgies très importantes; ces douleurs sont aggravées par un long trajet en voiture. Deux jours après le malade présente une hyperthermie à 39.7, il est alors hospitalisé à Louviers. Un traitement par les antalgiques, des antibiotiques associés au Synactène est mis en oeuvre et le malade rentre chez lui très asthénique mais amélioré sur le plan des douleurs. Des oedèmes importants dus au Synactène régressent sous diurétiques mais, devant la persistance de l'asthénie, des douleurs lombaires diurnes et nocturnes et surtout devant l'élévation de la VS à plusieurs examens (64 mm, 87 mm, et 79 mm) le malade rentre dans le service.

A l'examen clinique l'on note une raideur du rachis lombaire sans altération nette des autres articulations.

Le bilan radio tomographique révèle un aspect de spondylodiscite C6 C7 et une atteinte bilatérale des sacro iliaques mais surtout de la sacro iliaque gauche.

Le bilan biologique révèle à plusieurs reprises une leucocytose (11 000, 13 000) sans polynucléose. Les sérodiagnostics sont négatifs, mis à part le sérodiagnostic staphylococcique qui montre des taux des ASTL à 11,25 U le 18/06/71 et à 15 U le 9/07/71.

Le traitement anti-inflammatoire entrepris un moment dans l'hypothèse d'une SA sévère s'avère inefficace; l'histoire de la maladie et le dosage des ASTL très élevé ainsi que les images radiologiques font évoquer une spondylodiscite C 6 C 7 et une sacro iléite gauche staphylococcique. Le malade est mis aux antibiotiques anti-staphylococciques (Lincocine); au bout de 4 semaines de traitement, l'évolution favorable sur le plan des douleurs, l'apyrexie et la VS à 40 mm permettent au malade de quitter le service en continuant son traitement antibiotique et sous surveillance radiologique et biologique.

.../...

Résumé : Discospondylite C 6 C7 et sacro iléite gauche probablement staphylococcique, nette augmentation des ASTL 11,25 u un mois et demi après le début clinique, ainsi que 2 mois après le début clinique (16 U).

OBS N° 25 (Service du Pr. E. LEJEUNE et du
Pr. Ag. M. BOUVIER H 444)

M. REY... Joseph 88 ans

Est admis dans le service le 11/01/71 pour dorsalgie basse rebelle irradiée en ceinture, fébrile, avec VS très élevée (100).

Dans les antécédents on note une bronchite chronique et des dorsalgies intermittentes depuis un an environ.

Depuis 3 semaines, à l'occasion d'un surmenage , ...
réapparition des dorsalgies avec irradiation en ceinture associée à une nouvelle poussée de bronchite purulente.

Le bilan radio tomographique permet d'affirmer le diagnostique de spondylodiscite en montrant un élargissement irrégulier du disque avec déformation et condensation des plateaux D.11 et 12. Il n'existe pas d'image d'abcès mais, dès les premiers clichés, des images de reconstruction osseuse à ce niveau.

Le bilan biologique révèle une leucocytose à polynucléaires (19 200 BG par mm3 avec 95 % de PN) ; la réaction à la tuberculine est négative, la VS est à 114 mm. Le dosage des ASTL montre des taux de 1,8 U le 2/03/71. Le reste du bilan est négatif.

L'âge excluant l'idée d'un abord chirurgical direct, le malade est considéré comme staphylococcique et il est traité par la Flabelline ; cependant, la Rifadine (qui associe des propriétés anti staphylococciques et anti bacillaires) est associée à titre exceptionnel pour des raisons de sécurité. L'amélioration clinique et radiologique (accentuation

.../...

des images de reconstruction) est nette au bout de 2 mois de traitement.
Le - malade quitte le service et malheureusement n'est plus revenu.

Résumé : Spondylodiscite D 11 D 12 du vieillard de nature vraisemblablement staphylococcique, nette augmentation des ASTL à 2 dosages successifs à 12 jours d'intervalle qui passent d'un taux de 1,8 U à 2,7 U.

OBS N° 26 (Service du Pr. E. LEJEUNE et du Pr Ag. BOUVIER F

Mme NIE... Olga, 68 ans

Est adressée dans le service le 29/01/70 pour suspicion d'arthrite du genou droit et bilan d'une PCR.

Dans les antécédents, l'on relève une hystérectomie, une crise d'angor en 1965, (la malade est mise aux anti coagulants) et en 1968, un début de PCR.

L'histoire actuelle débute en décembre 1970 par une infiltration locale dans son genou droit, cette dernière a été suivie d'une réaction douloureuse et inflammatoire.

L'examen clinique révèle un genou droit douloureux, chaud oedématisé.

Le bilan radio tomographique est négatif, mis à part les signes classiques de retentissement osseux de la PCR.

Le bilan biologique montre une leucocytose à polynucléose (9 500 GB par mm³ avec 87 % de PM). La ponction du genou retire un pus épais et abondant mais les cultures de ce dernier restent stériles ; le dosage des ASTL montre un taux à 2,14 U (le 5/03/71).

Le diagnostic d'arthrite purulente de nature staphylococcique probable a été retenu sur le faisceau d'arguments suivants : leucocytose à polynucléose importante , l'élévation des anticorps staphylococciques bien que pratiquée à une seule reprise, un peu plus de 2 mois après le

.../...

début clinique de la maladie, alors que la malade était sous traitement antibiotique, antistaphylococcique associant Pyostacine et Lincocine depuis un peu plus d'un mois. L'évolution sous traitement est favorable, de même, la malade est bien équilibrée sur le plan rhumatologique par Rhonal et Nifluril.

Résumé : Arthrite du genou droit de nature staphylococcique probable.
ASTL augmentée (2,14 U au 65e jour).

OBS N° 27 (Service du Pr. E. LEJEUNE et du Pr Ag. M. BOUVIER F 97)

Mme BON... Marie-Louise, 65 ans, commerçante
Est admise dans le service le 16/06/70 pour bilan de sa discospondylite C 6 C 7.

Dans les antécédents l'on ne note rien de particulier.

L'histoire actuelle débute en mars 70 par l'apparition de lombalgie rebelle à la suite d'une chute. Hospitalisée dans le service du Pr. RAVAUULT on a la surprise de découvrir une discospondylite C6 C7 dont l'étiologie n'a pu être précisée.

A l'examen clinique l'on ne retient plus de douleurs à la pression de l'épineuse de C 6.

Le bilan radio tomographique montre le pincement discal mais surtout la tendance évolutive vers la constitution d'un bloc vertébral C6 C7.

Le bilan biologique est négatif, les dosages des ASTL sont à 1,9 U.

Résumé : Spondylodiscite C6 C7 d'étiologie X ASTL normale (1,9 U au 3e mois).

.../...

OBS N ° 28

(Service du Pr. A BERTOYE

H 25 910)

M. DIE ... Charles, 53 ans, chauffeur livreur

Est admis dans le service le 23/05/68 pour bilan d'une raideur de la nuque isolée d'apparition récente avec un état subfébrile (Température à 37,5 °) et une VS à 35 mm.

Dans les antécédents on note la découverte d'une discrète sigmoïdite il y a 4 ans.

L'histoire actuelle débute il y a une semaine par l'apparition de cervicalgie et d'une limitation de tous les mouvements de la nuque.

A l'examen clinique on note une limitation des mouvements de l'articulation cervicale avec un point douloureux électif au niveau de C5 C6.

Le bilan biologique à la recherche d'une étiologie brucellienne est négatif (ID à la mélytine et sérodiagnostic négatifs), de même, le bilan tuberculeux est négatif bien que le tableau clinique ne soit pas en faveur de cette étiologie. On ne retrouve que deux fois une leucocytose (15 700) sans polynucléose et les examens poussés à la recherche d'une étiologie bactérienne sont négatifs.

Le malade est mis sous antibiotiques associant Flabelline et Rifadine, de plus on met en place un collier en plastique.

Un nouveau bilan radio tomographique, 3 mois après, montre que l'interligne C5 C6 est pratiquement revenu à la normale, quant à l'interligne C4 C5, il reste pincé mais il est actuellement assez bien limité par une réaction condensante des plateaux vertébraux adjacents témoins d'une guérison en cours.

Tous les sérodiagnostics sont normaux, en particulier, le dosage de ASTL est négatif (inférieur à 0,7 U le 28/05/68 ainsi que le 10/06/68). Le malade est envoyé en convalescence sous traitement et sous surveillance.

.../...

Résumé : Spondylodiscite C4 C5 et C5 C6 , d'étiologie X , ASTL normale (Inférieure à 0,7 U au 12 e jour, au 26e jour).

OBS N° 29 (Service du Pr. P RAVAUT et du Pr. E. LEJEUNE H 20 319)

M. GAL... Corino, 37 ans

Entre dans le service le 7/11/69 pour athralgies du genou et de l'articulation métartarso phalangienne du gros orteil gauche.

Dans les antécédents l'on note une fracture du scaphoïde en 1963. Une blessure par un clou rouillé il y a un mois au niveau de la MTP du gros orteil.

Au bout de 8 jours apparaît une tuméfaction avec chaleur locale, 4 jours après, gonflement douloureux du genou gauche avec adénopathies inguinales. Le malade est mis à la Pénicilline, à l'Extencilline puis à la Ryostacine, mais sans amélioration.

A l'examen clinique l'on note une MTP du gros orteil gauche oedématisée avec une douleur à la pression de la face interne du métatarse , une hydarthrose au niveau du genou gauche avec un point douloureux à la face interne de l'extrémité supérieure du tibia.

Le bilan radio tomographique montre une discrète ostéoporose de l'extrémité supérieure du tibia gauche et un important remaniement de la première M T P G associant pincement et irrégularité de l'interligne, avec probabilité d'érosion de la face externe du 1er méta.

Le bilan biologique est entièrement négatif (les cultures du liquide de ponction du genou, les hémocultures ainsi que les séro diagnostics). Le dosage des ASTL est inférieur à 0,7 unités LE 14/11/69. La Numération formule montre une polynucléose neutrophile 9600 GB 76% de PN. Cette ostéo arthrite de la MTP du premier orteil gauche est très améliorée sous traitement antibiotique associant Flabelline Terramycine et par immobilisation.

Résumé : Ostéo-arthrite microbienne d'origine X de la première MTP ASTL normale au 16e jour. (Inférieure à 0,7 U).

...L...

OBS N° 30 (Service du Pr P. RAVALT et du Pr E. LEJEUNE H 20 406)

M. GUA: Antoine, 72 ans

Entre dans le service pour tuméfaction du poignet gauche traitée de façon ambulatoire par antibiothérapie.

Dans les antécédents l'on note, il y a trente ans, une atteinte du poignet gauche de caractère nettement postraumatique qui s'était peut-être, à l'époque, surinfectée.

A l'examen clinique les phénomènes fluxionnaires sont étendus, intéressant la face dorsale et la face palmaire des doigts et de la main et du tiers inférieur de l'avant-bras.

Le bilan radio tomographique montre des pincements des inter-lignes carpiens avec ostéoporose et même destruction osseuse assez impressionnante.

Le bilan biologique montre une leucocytose (12 8 00 72 %) avec polynucléose, deux ponctions du poignet sont blanches. Le reste du bilan biologique est négatif (ASTL inférieur à 0,7 U).

Le caractère infectieux de cette arthrite du poignet est retenu et le malade est mis sous traitement antibiotique associant Flabelline et Terramycine avec immobilisation du poignet.

Résumé : Arthrite du Poignet gauche de nature indéterminée. ASTL normale. (Inférieure à 0,7 U).

Dans trois cas (OBS N° 18, 20, 22) il s'agit d'OM dont on connaît la nature staphylococcique habituelle compte tenu de la très grande pathogénicité de ce germe vis à vis de l'os dans nos régions.

Par ailleurs, l'OBS N° 20 concerne un malade ayant présenté une toxi infection alimentaire retrouvée chez les autres convives chez qui l'examen des selles devait révéler la présence d'un staphylocoque

.../...

doré pathogène ; de surcroît un des convives est actuellement traité pour une arthrite staphylococcique de la hanche : tous ces arguments rendent probable l'étiologie staphylococcique de la DSI cervicale observée chez ce malade.

Dans les huit autres cas, il s'agissait d'ostéo-arthrites infectieuses aiguës pour lesquelles aucun argument clinique et aucun antécédent ne permettait d'orienter vers une étiologie particulière, staphylococcique notamment, la responsabilité staphylococcique ne pouvant être rejetée pour autant en raison de sa grande fréquence en pathologie infectieuse ostéo-articulaire.

Les taux élevés d'antistaphylolysine sont observés dans deux cas sur quatre des affections ostéo-articulaires probablement de nature staphylococciques (Tableau III) et dans quatre sur huit dans les atteintes dont la nature staphylococcique est seulement possible (Tableau IV).

Nous insistons dès maintenant sur le fait que dans les deux sous-groupes précédents, sans identification bactériologique, les taux élevés d'ASTL ont de fortes chances d'être de "vrais positifs" et non des "faux positifs" en raison de la fréquence de l'origine staphylococcique des ostéo-arthrites non bacillaires et de l'absence presque totale des "faux positifs" chez 100 sujets témoins (un seul cas avec élévation, d'ailleurs modérée, des ASTL, à rattacher très probablement à un "emballement" des ASTL par une infection streptococcique, comme nous le verrons ultérieurement).

.../...

AFFECTIONS OSTEO-ARTICULAIRES AIGUES

SANS SIGNATURES BACTERIOLOGIQUES STAPHYLOCOCCIQUES PROBABLES

	ARTHRITES	OSTEOMYELITES	DISCOSPONDYLITES SACRO ILEITES	TOTAUX
Antistaphy- lolsine élevée		2		2
Antistaphy- lolsine normale		1	1	2
		3	1	4

TABLEAU III

AFFECTIONS OSTEO-ARTICULAIRES AIGUES

D'ETIOLOGIE INDETERMINEE STAPHYLOCOCCIQUES POSSIBLES

	ARTHRITES	OSTEOMYELITES	DISCOSPONDYLITES SACRO ILEITES	TOTAUX
Antistaphy- lolyse élevée	1		3	4
Antistaphy- lolyse élevée	2		2	4
	3		5	8

TABLEAU IV

D) Ostéo-arthrites aiguës non staphylococciques d'étiologie précise (2 cas).

Nous envisageons successivement un cas d'arthrite pneumococcique et un cas d'arthrite due à un entérocoque.

Nos observations :

OBS N° 31 (Service du Pr. P. RAVALT et du
Pr. E. LEJEUNE H 20 589)

M. MAD... Brahim, 34 ans, Manoeuvre

Est admis dans le service le 2/04/70 pour arthrite purulente du genou droit (traité chirurgicalement par lavage et drainage à la garde et par un traitement antibiotique, ^{bipéni-} 1 million pendant 8 jours) avec un ^{cilline} tableau fébrile (38,5) et une VS à 113 mm.

Le malade a ressenti d'une manière inopinée des gonalgies droites accompagnées de signes inflammatoires qui l'ont fait conduire à l'hôpital par des amis.

Dans les antécédents l'on ne relève rien de particulier.

L'examen clinique révèle un genou sec (la ponction pratiquée est blanche), des adénopathies inguinales droites et une pneumopathie droite. On a la surprise de découvrir un sphacèle torpide et séro purulent de toute la face interne de la jambe droite qui oblige à ôter la gouttière plâtrée. Une excision des tissus gangréneux est entreprise et un prélèvement est envoyé au laboratoire.

Le bilan radio tomographique ne montre rien de particulier au niveau des genoux mais la radiographie pulmonaire révèle une pneumopathie droite.

Le bilan biologique révèle une polynucléose neutrophile (12 000 GB par mm3 avec 78 % de PN) et la pousse d'un pneumocoque à la culture du liquide de ponction. On note la présence de très rares

bacilles acido alcool résistants retrouvés à un seul examen, les cultures et les inoculations répétées sont stériles. Le prélèvement de la plaie révèle la pousse d'un klebsiella et d'un moraxilla ainsi que d'un staphylocoque blanc DNASE négative. Une hémoculture aérobie révèle le développement tardif d'un staphylocoque doré pathogène dont on s'explique mal la présence en l'absence d'une contamination exogène, compte tenu de la découverte du germe dans l'articulation lors du lavage antérieur chirurgical donc effectué dans des conditions, au moins théoriques, de bonne asepsie. Les dosages des ASTL sont à des taux normaux (0,7 le 10/04/70 et à 0,9 U le 9/05/70) le dosage des anti pneumolysines montre des taux d'APNL à 35 TN et de APNH à 1 TN le 20/04/70 et des taux d'APNL à 17 TN et d'APNH à 2 TN le 9/05/70.

Un traitement antibiotique associant Terramycine et Flabelline est entrepris. Au bout de 6 semaines, le sphacèle de la jambe est totalement guéri grâce à une greffe, le malade garde une limitation de sa flexion et part en convalescence.

Résumé : Arthrite du genou à pneumocoques (cultures in situ positives)
ASTL normales. Anti pneumolysine à 35 TN et à 17 TN.

OBS N ° 32 (Service du Pr. E. LEJEUNE et du Pr Ag. M. BOUVIER H 543)

M. VIC... Pierre, 48 ans,

Est admis dans le service le 10/03/71 pour bilan de sacralgie droite ayant débuté il y a 4 mois avec un état subfébrile et une VS à 35 mm.

Dans les antécédents on note en 1968 la découverte d'un ulcère du duodénum.

L'histoire actuelle débute il y a 4 mois par des douleurs sacrées irradiées au niveau de la fesse droite, avec une certaine recrudescence nocturne.

Le bilan radio tomographique révèle une image de kyste et une

.../...

soufflure de la dernière pièce sacrée sans rupture de la corticale. L'intervention a permis l'ablation d'un kyste sans montrer d'atteinte osseuse sous jacente évidente.

Le bilan biologique révèle la présence d'un proteus et d'un entérocoque à la culture du pus du kyste ; le reste du bilan est négatif. Les ASTL sont à 1,05 U.

Devant les images radiologiques le diagnostic d'ostéite est formel et le malade est mis aux antibiotiques associant Pyostacine et Totapen. Au bout de 4 mois de traitement, l'évolution est favorable et les nouveaux clichés montrent un début de reconstruction osseuse. Le malade quitte le service sous traitement et sous surveillance.

Résumé : Ostéite du sacrum d'étiologie entérococcique. ASTL négative (1,05 U au 4e mois).

Ainsi, le taux des ASTL s'est révélé normal dans ces deux cas d'affections osseuses une ostéo-arthrite à pneumocoque et une ostéo-arthrite à entérocoque.

E) Affections ostéo-articulaires bacillaires prouvées ou probables (7 cas)

Nos observations :

OBS N ° 33 (Service du Pr. P. RAVALT et du
Pr. E. LEJEUNE F 12 375)

Mme ELB... Viviane, 32 ans

Est adressée dans le service le 4/06/71 pour un nouveau bilan de ses douleurs du poignet gauche avec état subfébrile et une VS à 42 Mm.

Dans les antécédents, on note une arthrite tuberculeuse du poignet gauche traitée en 1964 (par PAS, Strepto, INH) pendant 9 mois. En 1968, syndrome du canal carpien ayant très bien régressé sous infiltrations.

L'histoire actuelle remonte à février 1971 par une réapparition des douleurs du poignet gauche, progressivement croissantes avec limitation douloureuse.

A l'examen l'on note un oedème du poignet, une limitation importante de la flexion et de l'extension, une atrophie de l'avant bras gauche. On note aussi une petite limitation douloureuse des mouvements de l'épaule droite.

Le bilan radio tomographique montre une aggravation nette des images : le corpe est devenu porotique avec pincement des interlignes et en particulier l'interligne radio carpien ; l'on note aussi des géodes de la surface radiale mais aussi du scaphoïde et peut-être du trapèze et du trapézoïde.

Le bilan biologique recherche une éventuelle dissémination tuberculeuse (urinaire). La VS élevée, la cuti franchement positive, font pencher en faveur d'une reprise évolutive du processus tuberculeux. LE dosage des ASTL montre des taux à 0,7 U le 18/06/71.

Résumé : Arthrite tuberculeuse du poignet gauche, ASTL normale.

OBS N° 34 (Service du Pr. E. LEJEUNE et du
Pr. Ag. M. BOUVIER H 630)

M. TOP... Jean, 42 ans, ouvrier

Est adressé dans le service le 26/05/71 pour coude droit en flexion avec apyrexie et VS à 56 mm.

Dans les antécédents on relève une méningite bacillaire en 1952 due à une milliaire qui laisse, comme séquelle, une surdité droite.

en 1968, une ménisectomie; en 1969, un abcès pulmonaire.

L'examen clinique révèle un coude en flexion irréductible, une atrophie bicipitale et tricipitale avec adénopathie sus épitrochléenne.

Le bilan radio tomographique montre une cavité dans le cubitus ouverte dans l'articulation.

LE bilan biologique révèle une cuti positive, de même, une biopsie d'adénopathie est pratiquée qui montre une réaction inflammatoire épithélioïde et giganto cellulaire ; il n'est pas possible de trancher entre EBS et tuberculose.

Malgré cette biopsie, les antécédents font trancher en faveur de l'étiologie tuberculeuse de cette ostéo-arthrite et le malade est mis sous Rimiffon et Rifadine et sort sous surveillance biologique et radiologique avec immobilisation du coude. Le résultat tardif de l'inoculation pratiquée à partir du pus de l'adénopathie est positif, ce qui confirme le diagnostic.

Résumé : Ostéo-arthrite tuberculeuse du coude. ASTL inférieure à 0,7 U.
Inoculation positive.

OBS N° 35 (Service du Pr. E. LEJEUNE et du
Pr. Ag. M. BOUVIER H 241)

M. BER... Jean 72 ans

Est adressé dans le service le 29/04/71 pour suppuration du poignet droit consécutive à une fistulisation d'un tophus et pour une coxarthrose gauche avec un tableau hyperthermique et une VS à 74 mm.

Dans les antécédents l'on note une goutte chronique depuis l'âge de 23 ans compliquée déjà en 1967 d'une suppuration fistulisée du poignet à staphylocoque, guérie par la Lincocine ; une bacillose des 2 sommets . en 1968.

.../...

L'examen clinique montre une suppuration du poignet droit et une coxarthrose bilatérale plus accentuée à gauche, un petit adénome prostatique et une splénomégalie.

Le bilan radio tomographique montre une attaque massive du carpe avec ostéolyse et images condensantes des métacarpes et des phalanges.

Le bilan biologique révèle une polynucléose neutrophile (8 200 GB par mm³, avec 86 % de PN) et la présence d'un staphylocoque doré pathogène et d'un entérocoque (streptococcus faecalis appartenant au groupe D de LANCEFIELS) à la culture du pus de la fistulisation. Le bilan tuberculeux est négatif et les ASTL sont à 1,18 U le 30/04/71 et à 1,80 U le 25/06/71.

Le traitement antistaphylococcique est entrepris associant Pyostacine et Lincocine par voie générale ainsi qu'un traitement local pendant 6 semaines amenant le tarissement de la suppuration. Le malade sort en gardant un traitement antibiotique et sous surveillance. Alors que le malade a quitté le service, l'inoculation pratiquée à partir du pus de la fistulisation revient positive. On rajoute donc au traitement Rifadine et INH.

Résumé : Ostéo-arthrite tuberculeuse surinfectée ; ASTL normale (1,80 U).

OBS N° 36 (Service du Pr.E. LEJEUNE et du Pr Ag. M. BOUVIER H 493)

M. LAF... Paul, 64 ans

Est adressé dans le service le 12/02/71 pour suspicion de DSI d'étiologie bacillaire.

Dans les antécédents on note une tumeur blanche du genou gauche à l'âge de 12 ans, fistulisée et guérie après 3 ans d'immobilisation; les dorsalgies et lombalgies mécaniques, secondaires à la cyphoscoliose

.../...

induites par le raccourcissement du membre inférieur gauche.

Depuis deux mois, le malade se plaint de dorsalgies basses à irradiations bi-latérales dans les flancs avec un tableau subfébrile (température à 37,6) et une VS à 32 mm.

Le bilan radio tomographique montre une altération du disque et des plateaux adjacents (D9 D10), un abcès antéro latéral, prédominant du côté gauche mais visible à droite.

Le bilan biologique est négatif (le dosage des ASTL est inférieur à 0,7 U), mis à part une cuti positive à 2 croix.

Les antécédents bacillaires, le caractère insidieux de la clinique, les signes radiologiques, la cuti, ont fait porter le diagnostic de mal de Pott.

Un traitement anti-bacillaire est entrepris.

Résumé : Pott D9 D10, ASTL normale (Inférieure à 0,7 U)

OBS N° 37 (Service du Pr. E. LEJEUNE et du Pr Ag. M. BOUVIER F 279)

MMe CAV... Yvette, 37 ans

Est adressée dans le service le 14/12/69 pour bilan de dorsalgie avec VS à 85 mm.

Dans les antécédents l'on note une amygdalectomie à 16 ans, 2 paralysies faciales à frigore, en 1963 et en 1966, spontanément régressives, une dystonie neuro végétative avec goitre (ce dernier est inexistant à l'heure actuelle).

L'histoire actuelle remonte à octobre où la malade se plaint de dorsalgies aiguës basses et nocturnes, bien calmées par la Végaline au début, mais qui se sont aggravées, depuis quelques temps, nécessitant l'hospitalisation.

A l'examen clinique, on note une colonne dorso lombaire pas

...L...

très souple et une petite scoliose. Le reste de l'examen est négatif.

Le bilan radio tomographique montre un pincement discal D9 D10 sans altération des plateaux avec ostéop condensation de voisinage, aspect évoquant plus en effet une altération discale dégénératrice sur épiphysite de croissance.

Le bilan biologique montre des VS régulièrement élevées (85 mm, 124 mm et 132 mm) et l'électrophorèse plasmatique simple montre une élévation large des gammaglobulines, justifiant des investigations radiologiques et biologiques plus poussées.

De nouvelles radio tomographies montrent alors des images typiques de discospondylite infectieuse avec condensation des plateaux et impression d'images d'abcès antérieurs au niveau de L 1 et L 2. La cuti est négative mais l'IDR à 25 est faiblement positive. Les dosages des antienzymes sont normaux . ASTL inférieure à 0,7 U le 24/12/70, ainsi que le 8/02/71.

Le caractère sub-aigu de l'évolution, l'image d'abcès, et l'IDR à 25 font conclure à un mal de Pott. La malade est mise à un traitement anti bacillaire et envoyée en maison de cure.

Résumé : Pott D 9 D 10 . ASTL normale (Inférieure à 0,7 U).

OBS N ° 38 (Service du Pr. E. LEJEUNE et du Pr Ag. M. BOUVIER H 706)

M. DOD... Jean, 70 ans, Agent immobilier

Est adressé dans le service le 4/06/71 pour suspicion de mal de Pott dorsal avec VS à 10 mm et anorexie.

Dans les antécédents l'on relève :

- Une tumeur blanche du genou à 18 ans, traitée par immobilisation au prix d'une ankylose,
- Pleurésie gauche à 25 ans de nature tuberculeuse très probable.

.../...

- Un ulcère duodénal découvert en 1942, traité médicalement et compliqué de deux hémorragies en 1966 et 1967 (alors que le malade n'était plus sous anti coagulants),
- En 1958, un infarctus du myocarde primitif sans récédive,
- En octobre 1969, une ostéosynthèse du genou droit est pratiquée sous ouverture d'anti tuberculeux alors que la biopsie de la synoviale et de la capsule pratiquée révélait l'existence de follicules bacillaires avec quelques cellules géantes et une réaction épithélioïde ; de même les inoculations aux cobayes étaient positives.

L'histoire actuelle débute en janvier 1971 par l'apparition de dorsalgies basses nocturnes puis diurnes irradiant en ceinture.

L'examen clinique est négatif à part une scoliose et une abolition des rotuliens.

Le bilan radio tomographique montre une discospondylite D 9 D 10 avec atteinte prédominante de D 9 qui est le siège d'une volumineuse cavité ainsi qu'une détérioration de l'interligne et une image d'abcès.

Le bilan biologique est négatif, en particulier le bilan tuberculeux à part la cuti positive. Le dosage des ASTL montre un taux inférieur à 0,7 U le 18/06/71.

Les antécédents, le caractère insidieux de la scène clinique, le bilan radio tomographique font conclure à un mal de Pott D 9 D 10. Le traitement anti-bacillaire associant INH, Rifadine et Ethanbutol est institué sous surveillance clinique et biologique habituelle, le malade est mis en gouttière et envoyé en maison de repos.

Résumé : Mal de Pott D 9 D 10 . ASTL normale (Inférieure à 0,7 U).

OBS N° 39 (Service du Pr. E. LEJEUNE et du Br Ag. M. BOUVIER F 710)

Mme CUR... Aline 70 ans

Est adressée dans le service le 2/06/71 pour syndrome douloureux de la

.../...

hanche, suspecté d'origine polymitotique, avec une température oscillant entre 38 ° et 39° et une VS à 112 mm.

Dans les antécédents, on note un ulcère duodénal découvert il y a 8 ans à la suite d'un maelena.

L'histoire de la maladie débute en septembre 1970 par des douleurs des hanches et des cuisses d'allure mécanique qui avaient été mises sur le compte d'une double coxarthrose. Devant l'aggravation du tableau douloureux, la malade consent à se faire pratiquer un bilan radiologique qui, devant les images lytiques, fait conclure à une origine polymitotique.

L'examen clinique révèle une tuméfaction importante au niveau de la hanche droite et une limitation douloureuse des mouvements de cette dernière ainsi que des points douloureux électifs au niveau du grand trochanter. Le reste de l'examen est négatif.

Le bilan radio tomographique montre une ostéolyse de la tête du cotyle ainsi que du trochanter droit.

Le bilan biologique révèle la présence de BK dans le liquide de ponction de la hanche à l'examen direct et les cultures sont très positives. Le diagnostic de coxalgie est affirmé ; la malade est mise à un traitement antibiotique associant Rifadine , Ethambutol et INH et une immobilisation de sa hanche par un plâtre pelvi dorso pédieux qui est pratiquée . Au bout de 3 semaines, l'amélioration clinique est obtenue ; l'apparition de lésions conjonctivales a fait interrompre l'Ethambutol. La malade quitte le service pour une maison de cure.

Résumé : Coxalgie droite (cultures positives . ASTL normale (Inférieure à 0,7 U).

Ainsi, au cours de 7 cas d'affection ostéo-articulaire bacillaire, confirmée dans 3 cas et probable dans 4 cas, nous n'avons jamais rencontré d'élévation du taux des ASTL (Cf. Tableau V).

AFFECTIONS OSTEO-ARTICULAIRES BACILLAIRES

	OSTEO-ARTHRITES		MAL DE POTT		TOTAUX
	C	P	C	P	
Antistaphylo- lysine élevée					0
Antistaphylo- lysine normale	3	1		3	7
	4		3 : :		7

TABLEAU V

F) Au cours d'affections d'autres natures et plus particulièrement rhumatologiques.

Les observations de ce groupe proviennent de deux services de recrutement et d'obédience très différents :

- 54 malades ont été hospitalisés à la Clinique de pathologie infectieuse de LYON, dans le service du Pr. BERTOYE, entre 1968 et 1970, pour des affections non staphylococciques mais le plus souvent microbiennes. Ces observations sont résumées sur le tableau VI.

- 46 observations proviennent, soit de la Clinique Médicale B de LYON (Pr. P. RAVAUULT et Pr. E. LEJEUNE), soit du service de Rhumatologie de l'Hôpital des Charpennes (Pr. E. LEJEUNE et Pr. Ag. M. BOUVIER). Ces dernières observations font l'objet d'un résumé plus détaillé.

Nos observations :

- Chez les sujets témoins :

OBS N° 40 (Service du Pr. P. RAVAUULT et du
Pr. E. LEJEUNE H 20 740)

M. DHE... Makluf, 19 ans

Malade au passé angineux adressé dans le service le 24/06/70 pour des manifestations articulaires des chevilles et des genoux et des interphalangiennes distales 2,3,4,5 de la main droite associées à un érythème intermittent prurigineux comportant des éléments discoïdes et des plaques érythémateuses sans éléments noueux. A l'entrée, température subfébrile 38, VS 77 mm.

L'existence d'angines itératives, la présence de streptocoques viridens dans la gorge avec élévation progressive des anticorps streptococciques et réaction cutanée à l'antigène du streptocoque viridens conduisent au diagnostic de rhumatismes infectieux non streptococciques plutôt qu'à celui de Maladie de Bouillaud.

.../...

Le bilan biologique montre des taux croissants d'anticorps streptococciques (le 26/06/70 ASL 260, ASK 4 TN, ASH 22 100 et des anticorps antipneumococciques et antistaphylococciques APNL 3 TN, APNH TN ASTL 2,85 Unités et le 8/07/70 ASL 320, ASK 10 TN , ASH 15 600 et APNL 4 TN, APNH TN et ASTL 3 unités). Un troisième dosage le 5/08/70 montre des taux d'ASL à 380, ASK à 12 TN et d'ASH à 14 000.

Le malade est très amélioré par Rhonal et Indocide et sort guéri.

Résumé : Rhumatisme infectieux post streptococcique avec anticorps streptococciques et légère augmentation des ASTL (3 U).

OBS N° 41 (Service du Pr. P. RAVALT et du
Pr. E. LEJEUNE H 20 607)

M.CHE... SMAIL, 40 ans

Malade adressé dans le service le 12/04/70 pour hyperthermie inexpliquée après une appendicéctomie (appendice normal) malgré un traitement antibiotique associant Pénicilline et Colimycine pendant 8 jours.

A l'examen, légère raideur méningée, PL normale.

On s'oriente dans le sens d'un typhoïde (mais sérodiagnostic négatif) ou d'une mélitococcie. Intradermo à la mélitine, positive.

Le bilan biologique révèle une VS à 84, une leucopénie et on retrouve à 2 hémocultures successives, un BRUCELLA Mélitensis type 1 et un sérodiagnostic de Malte à des taux successifs positifs de 1/ 6 400 le 21/04/70 - de 1/6 400 le 28/04/70 et de 1/ 3 200 le 1/07/70.

Le dosage des ASTL et des enzymes antipneumococciques montrent des taux normaux le 30/04/70 (ASTL inférieure à 0,7 - APNH taux normal,

.../...

APNL 4 TN) ainsi que le 6/05/70 (ASTL inférieure à 0,7, APNH taux normal, APNL 5 TN).

Le malade est mis au traitement antibiotique associant Flabelline et Terramycine, l'apyrexie est obtenue au bout de 3 jours.

Résumé : Fièvre de Malte. Hémoculture positive. Sérodiagnostic positif
ASTL normale (Inférieure à 0,7).

OBS N° 42

(Service du Pr. P. RAVAUT et du

Pr. E. LEJEUNE H 20 543)

M. MAR... Bernard, 25 ans

Malade adressé dans le service par le Pavillon P pour suspicion d'endocardite infectieuse (état fébrile, discussion d'un petit souffle d'insuffisance aortique).

A l'entrée, la température est de 38° et la VS à 4 mm.

A l'examen clinique, le petit souffle d'insuffisance aortique n'est pas retrouvé. L'hypothèse d'une suspicion de Brucellose est envisagée car le bilan biologique montre une leucopénie, une intradermo réaction à la mélitine positive et des séro diagnostics successifs à 1/100 le 13/03/70, positifs à 1/400 le 18/03/70 et positifs à 1/200 le 25/03/70. Le reste du bilan est négatif, en particulier, les hémocultures. Le dosage des ASTL montre un taux de 1,42 unités.

Le diagnostic de Brucellose reste possible (intradermo réaction positive, sérodiagnostic légèrement positif, leucopénie) sans cependant être affirmé, une affection d'autre étiologie pouvant donc être discutée, mais, là aussi, sans certitude bactérienne. Le malade sort apyrétique après un traitement antibiotique par la Flabelline.

Résumé : Fièvre de Malte probable. Sérodiagnostic légèrement positif
ASTL normale (1,4 U).

.../...

OBS N° 43

(Service du Pr. P. RAVAUT et du

Pr. E. LEJEUNE H 20 738)

M. MAG... Paul, 65 ans

Malade adressé dans le service (Pavillon P) le 23/05/70 pour suspicion d'infarctus iliomésentérique.

Dans les antécédents, l'on relève une intervention pour ulcère duodénal en 1936, une intervention pour image kystique du rein en 1965 et une hypertension artérielle depuis 5 ans.

A l'examen clinique les douleurs épigastriques ont régressé mais on note une masse sous hépatique donnant un contact lombaire.

Le bilan biologique entrepris montre les ASTL inférieures à 0,7 U, APNL 5 TN et APNH TN, un électrocardiogramme normal. Alors que les investigations digestives étaient en cours, décès brutal et inexpliqué du malade.

Résumé : Infarctus probable. ASTL normale (Inférieure à 0,7 U).

OBS N° 44

(Service du Pr. P. RAVAUT et du

Pr. E. LEJEUNE H 20 309)

M. CHA... Maurice, 60 ans

Malade adressé dans le service le 3/11/69 pour sciatalgie droite avec exacerbation nocturne.

A l'examen l'on note une douleur sciatique de type S 1.

Le bilan radio tomographique montre une sacro iléite bilatérale à prédominance gauche vraisemblablement inaugurale d'un spondylarthrite ankylosante.

Le bilan biologique est entièrement négatif. Les dosages des ASTL montrent un taux inférieur à 0,7 Unités, les ASL sont inférieures à 50, les ASK sont à un taux normal et les ASH sont inférieures à 5 000.

.../...

Le malade sort très amélioré après radiothérapie antiinflammatoire et Indocid .

Résumé ; Spondylarthrite ankylosante débutante. ASTL normale (Inférieure à 0,7 U).

OBS N° 45 (Service du Pr. E. LEJEUNE et du Pr Ag. M. BOUVIER F 214)

Mme ALL.... Andrée, 37 ans

Entre dans le service le 4/12/70 pour cyphose et dorsalgies.

Dans les antécédents, on note une fracture de la palette humérale et une sinusite chronique.

Le malade se plaint de dorsalgies avec irradiation dans les flancs accompagné d'un état apyrétique et d'une VS à 26 mm (expliquée par la sinusite chronique).

A l'examen l'on note une petite lordose compensatrice de la cyphose dorsale et une limitation fonctionnelle assez importante du segment dorsal du rachisme.

Le bilan radiotomographique montre une arthrose de D 6 à D 10 accompagnée de calcification discale.

La numération formule est normale. Le bilan calcique est normal. Les séro diagnostics pratiqués à titre systématique sont normaux. Le dosage des enzymes staphylococciques et pneumococciques montrent des taux d'ASTL à 2 unités, APNH taux normal , APNL 2 TN.

On conclut au diagnostic de dorsalgie mécanique dans un contexte neurovégétatif.

Résumé : Dorsalgies mécaniques . ASTL normale (2 unités).

.../...

OBS N° 46

(Service du Pr. E. LEJEUNE et du Pr. Ag. M BOUVIER H 57)

M. FAL ... Paul, 48 ans

Entre dans le service le 12/10/70 pour sciatique gauche rebelle.

Dans les antécédents, l'on note une intervention pour sciatique droite en 1959.

A l'examen l'on relève une sciatique gauche de type L 5 S I avec disparition des réflexes ostéotendineux - un lassègue à 30 ° - Cette dernière est rebelle depuis 6 mois au traitement médical.

Le bilan biologique est négatif - ASTL 250 - ASK taux normal - ASH inférieur à 5 000 - ainsi que les taux des enzymes antipneumococciques et antistaphylococciques - APNL taux normal - APNH taux normal - ASTL inférieure à 0,7 U.

Le malade est transféré dans un service chirurgical pour intervention.

Résumé : Sciatique gauche rebelle. ASTL Normale (Inférieure à 0,7 U).

OBS_N°_47 : (Service du Pr. E. LEJEUNE et du Pr. Ag. M BOUVIER H 43)

M. FRE... Raymond

Malade adressé dans le service le 15/09/70 pour douleurs articulaires rebelles au traitement, consécutives à une affection urinaire. Le malade avait présenté, quelques jours auparavant, une urétrite avec écoulement purulent qui cède à la pénicilline, une conjonctivite de l'oeil droit qui a disparu en 3 ou 4 jours, des arthralgies des 2 épaules et des talalgies gauches, avec une VS à 75mm, une apyrexie à l'entrée.

L'examen clinique révèle la persistance des douleurs des deux

.../...

épaules des talalgies gauches et des douleurs lombo sacrées, ceci sans syndrome inflammatoire articulaire.

Le bilan radio tomographique est négatif.

Le bilan biologique nous révèle une gonoréaction ainsi que des urocultures négatives. Le dosage des antienzymes streptococciques et staphylococciques montrent des taux normaux (APNL taux normal, APNH taux normal et ASTL 0,8 Unités.)

ON conclut donc à un syndrome de FISSINGER, LEROY, REITER malgré l'absence d'inclusion urétrale.

Résumé : Syndrome de Fissinger, Leroy, Reiter . ASTL normale (0,8 U).

OBS N ° 48 (Service du Pr. P. RAVAUULT et du Pr. E. LEJEUNE F 20 201)

Mme VIA... Evelyne

Entre dans le service le 20/07/70 pour raideur rachidienne majeure.

Dans les antécédents l'on ne note rien de particulier.

A l'examen clinique, on note une raideur rachidienne majeure et globale qui varie considérablement lors d'examens successifs et d'un jour à l'autre ; pas de vomissement, pas de déficit neurologique , pas de constipation, apyrexie, VS à 8 mm.

Le bilan radio tomographique est négatif.

Le bilan biologique poussé (mère soignée pour méningite tuberculeuse un an auparavant) est entièrement négatif (sérologie virale, uroculture, ainsi que les investigations tuberculeuses). Le dosage des ASTL est inférieur à 0,7 unité .

On conclut donc au diagnostic de cervicalgies psychogéniques.

Résumé : Cervicalgies psychogéniques . ASTL normale (Inférieure à 0,7 U).

.../...

OBS N° 49 (Service du Pr. P. RAVAUT et du Pr. E. LEJEUNE 20 310)

Mme DHA... Eugénie

Entre dans le service le 23/11/70 pour algies sévères de la paroi abdominale et du bassin, après avoir été opérée d'une hernie discale L5 S1.

Dans les antécédents, on note un ulcus duodénal découvert en 1958, une hystérectomie pour fibrome en 1969, une cure d'hernie discale L5 S1 rebelle gauche le 1/09/70 (Suite simple sport d'un lombostat).

A l'examen clinique, on note une raideur du rachis dorso lombaire, une douleur lombo pariéto abdominale épousant à peu près la topographie d'une névralgie D 12 bilatérale, le reste de l'examen est négatif.

Le bilan radio tomographique montre des séquelles d'intervention discale, l'on ne note pas de signe de D S I au début.

Le bilan biologique est entièrement négatif (P L normale, les sérodiagnostics sont tous négatifs). Les dosages des enzymes anti pneumococciques et antistaphylococciques montrent des taux normaux (APNL TN - APNH TN, ASTL 0,7 unités).

La malade est très améliorée par les antalgiques, les anti-inflammatoires et le repos.

Résumé : Dorso lombalgies consécutives à une mobilisation intempestive et précoce après une cure d'une hernie discale L5 S1.

OBS N° 50 (Service du Pr. P. RAVAUT et du Pr E. LEJEUNE H 20 171)

M. BON... Marcel, 71 ans,

Entre dans le service le 23/07/69 pour un rhumatisme neurotrophique du M S D.

Dans les antécédents, on note une comitialité traitée depuis

.../...

l'âge de 18 ans, un adénome prostatique opéré en 1967.

A l'examen clinique, on relève un oedème au niveau de la main et de l'avant-bras, une limitation des mouvements de l'épaule, du coude et de la main.

Le bilan radio tomographique montre une ostéoporose du carpe, plus discrète au niveau de l'épaule.

Le bilan biologique est entièrement négatif, le dosage des enzymes montre des taux APNL TN, APNH TN et ASTL inférieur à 0,7 Unité .

On conclut à un rhumatisme neurotrophique, le malade est très amélioré par un traitement anti-inflammatoire ainsi que par les vaso dilatateurs et par la rééducation.

Résumé : Rhumatisme neurotrophique du M S D. ASTL normale (Inférieure à 0,7 U).

OBS N° 51

(Service du Pr. E. LEJEUNE H 20 418)

M. ZOR... Thomas, 85 ans,

Entre dans le service le 6/01/70 pour névralgies cervico-brachiales gauches

Dans les antécédents l'on note une thoracotomie en 1948, un Millin pour adénome prostatique en 1966,

A l'examen clinique, on note des douleurs évoluant par crises déclanchées par des efforts du bras (gestes de soulèvement et de pré-hension) ; ces dernières sont rebelles aux antalgiques. On note une douleur à la pression de l'épineuse C 6.

Le bilan radio tomographique montre une unco discarthrose C6 et C7.

Le bilan biologique est entièrement négatif (APNL TN, APNH TN,

.../...

ASTL inférieur à 0,7 unité

La suspicion d'un Pott, un moment envisagée, est rejetée par les données radiologiques qui confirment l'hypothèse d'une cervicarthrose simple. Le malade est mis aux anti-inflammatoires et aux antalgiques.

Résumé : Cervicarthrose simple, ASTL normale (Inférieure à 0,7 U).

OBS N° 52 (Service du Pr P. RAVAUT et du Pr LEJEUNE H 19 835)

M. PET... Joseph, 64 ans,

Entre dans le service le 14/06/69 pour douleurs rhumatismales des épaules et du poignet droit.

Dans les antécédents, on note une bacillose rénale (néphrectomie droite en 1942, artérite droite opérée en 1969).

A l'examen clinique, on note des douleurs au niveau des deux épaules et du poignet avec enraidissement de ses articulations.

Le bilan radio tomographique nous montre une carpite manifeste.

Le bilan biologique est entièrement négatif, le dosage des enzymes montre des taux normaux APNL TN, APNH TN, ASTL inférieur à 0,7 U.

La suspicion d'une PCR évoquée par le contexte clinique est ainsi confirmée par le bilan radiologique. Le malade est mis aux anti-inflammatoires et aux antalgiques.

Résumé : P C R au début séro négative . ASTL normale (Inférieur à 0,7 U).

OBS N ° 53 (Service du Pr P. RAVAUT et du Pr E. LEJEUNE H 19 626)

M. BER ... Emile, 70 ans,

Entre dans le service le 29/09/68 pour gonalgie gauche.

.../...

Dans les antécédents, on note un ulcère gastrique découvert en 1945. Une occlusion intestinale par bride, opérée en 1949 et une nouvelle fois en 1966. Le malade se présente avec une température subfébrile, une VS à 117 mm.

A l'examen clinique, on note un aspect d'arthrite inflammatoire du genou, la 2e M P de l'auriculaire droit et de la méta-carpophalangienne du pouce gauche sont douloureuses et légèrement inflammatoires.

Le bilan radio tomographique montre une grosse ostéoporose au niveau de l'articulation du genou, sans destruction évidente au contact de l'interligne.

Le bilan biologique, à la recherche d'une étiologie infectieuse, est négatif. La réaction de WAALER ROSE pratiquée deux fois est positive (un premier dosage est à 1 sur 256, un deuxième à 1 sur 512) dans le liquide de ponction du genou. Le taux des enzymes antistreptococciques, antipneumococciques et antistaphylococciques est normal (ASL 90, ASK 2 TN, ASH inférieure à 5 000, APNL TN, APNH TN et ASTL inférieure à 0,7 U).

On conclut donc à une P C R. Le malade est mis aux antalgiques et aux anti-inflammatoires.

Résumé : P C R séro positive (Waalser Rose - 1/256 - 1/512)
ASTL normale (Inférieure à 0,7 U).

OBS N° 54 (Service du Pr. P. RAVALT et du Pr E. LEJEUNE H 19 517)

M. VAG... Jean-Pierre, 30 ans,
Entre dans le service le 3/07/68 pour hyperthermie en plateau depuis 5 jours; à l'entrée: VS à 31 mm.

A l'examen clinique on note des myalgies diffuses avec sudations très importantes.

Le bilan biologique envisagé un moment à la recherche d'une

étiologie infectieuse est négatif (APNL TN, APNH TN, ASTL inférieur à 0,7, ASL 80 unités, ASK 2 TN, ASH 8 900, numération formule normale). La notion de contact avec une brucellose ainsi que le sérodiagnostic mélitococcique positif font envisager le diagnostic de fièvre de Malte. Le malade sort après traitement antibiotique.

Résumé : Mélitococcie à forme myalgique (sérodiagnostic positif).
ASTL normale (Inférieure à 0,7 U).

OBS N° 55 (Service du Pr P. RAVALT et du Pr E. LEJEUNE H 19 589)

M. MAR... François, 47 ans,

Entre dans le service pour P S H droite survenue à la suite d'un accident du travail.

Il présente peu après dans le service un état infectieux sévère avec hyperthermie à 40°, et une dissociation du pouls (85) évoquant une fièvre typhoïde.

Le bilan biologique nous donne la réponse leptospirose australis (Sérodiagnostic positif au 1/10 000 e). Le reste du bilan est négatif APNL TN, APNH TN, ASTL inférieur à 0,7 U, ASL inférieur à 50, ASK TN, ASH inférieur à 5 000.

Résumé : Leptospirose Australis (sérodiagnostic positif)
ASTL normale (Inférieure à 0,7 U).

OBS N° 56 (Service du Pr P. RAVALT et du Pr E. LEJEUNE H 17 463)

M. SOB... Rudolph, 36 ans,

Entre dans le service le 19/03/69 pour hémoptysie fébrile avec VS à 53 mm.

Dans les antécédents, l'on note une I A et un R A.

.../...

A l'examen clinique, on note des râles diffus.

Le bilan radio tomographique montre des images de pneumopathie diffuse.

Le bilan biologique, à la recherche d'une étiologie infectieuse supposée par le tableau clinique et par une forte leucocytose, est négatif mais par contre la sérologie virale est très fortement positive. Le dosage répété des enzymes montre des taux ASTL inférieurs à 0,7 unité, d'ASL à 200, ASK TN, ASH inférieure à 5 000 le 25/03/69 et des taux d'ASTL inférieurs à 0,7 U , d'ASL à 100, d'ASK TN, d'ASK inférieurs à 5 000 le 10/04/69.

Le malade est très amélioré au bout de huit jours par un traitement symptomatique.

Résumé : Pneumopathie virale . ASTL normale (Inférieure à 0,7 U).

OBS N° 57 (Service du Pr P. RAVALT et du Pr E. LEJEUNE H 20 129)

M. ROD... Domingo, 42 ans,

Entre dans le service le 19/06/69 pour syndrome douloureux lombaire gauche évoquant une colique néphrétique.

Dans le service, le malade présente un épisode fébrile à 39,40, avec VS à 75 mm.

A l'examen clinique, les urologues concluent à un discret empatement péri-vésical avec obstacle pelvien.

Le bilan radio tomographique, et en particulier l'U I V, montre une urétéro hydronéphrose non lithiasique.

Le bilan biologique, à la recherche d'une étiologie infectieuse, est négatif, malgré une polynucléose plusieurs fois retrouvée. Le dosage des enzymes antipneumococciques et antistaphylococciques montre des taux d'APNL 3 TN , APNH TN et ASTL inférieure à 0,7 unité. Le traitement

.../...

antibiotique est entrepris et après une nouvelle UIV qui se révèle normale, le malade sort.

Résumé : Infection urinaire d'origine X . ASTL normale (Inférieure à 0,7 U).

OBS N ° 58 (Service du Pr P. RAVALT et du Pr E. LEJEUNE H 20 307)

M. BEN... ABdel kader, 67 ans,

Entre dans le service le 31/10/69 pour sciatique gauche.

Dans les antécédents, l'on note une bacillose traitée par P N O droit en 1926, une paralysie sciatique poplitée externe gauche par traumatisme.

A l'examen clinique, on note une sciatique de topographie L5.

Le bilan radio tomographique montre une discarthrose L4 L5.

Le bilan biologique systématique est négatif. Le taux des ASTL est inférieur à 0,7 unité.

Le malade quitte le service après avoir été très amélioré par le traitement anti-inflammatoire et les infiltrations.

Résumé : Sciatique L4 L5 . ASTL normale (inférieure à 0,7 U).

OBS N° 59 (Service du Pr E. LEJEUNE et du pr Ag M. BOUVIER H 294)

M. DEL ... Bernard, 20 ans,

Entre dans le service le 5/02/71 pour suspicion de spondylarthrite ankylosante, avec VS à 12 mm.

Dans les antécédents, l'on note rien de particulier.

Le malade se plaint depuis juillet 70 de lombalgies irradiant la fesse gauche. Depuis cette époque, on note des rechutes à deux ou

.../...

trois reprises. Le reste de l'examen est négatif ; pas de points douloureux au niveau des sacro iliaques.

Le bilan radio tomographique montre quelques condensations bilatérales siégeant sur les bords iliaques et sacrés et quelques ulcérations en timbre poste.

Le bilan biologique est négatif. Le dosage des enzymes montre des taux d'APNL TN, d'APNH 5 TN et d'ASTL inférieurs à 0,7 Unité. Le diagnostic de spondylarthrite ankylosante est donc affirmé par les images radiologiques, le malade est mis aux anti-inflammatoires et sort très amélioré.

Résumé : Spondylarthrite ankylosante . ASTL normale (Inférieure à 0,7 U).

OBS N° 60 (Service du Pr. E. LEJEUNE H 316)

M. EMI... Henri, 54 ans,

Entre dans le service le 8/02/71 pour un tableau rhumatismal et une suppuration de la maléole interne du pied gauche.

Dans les antécédents, l'on note un tableau rhumatismal depuis 10 ou 15 ans, et une leucoplasie linguale avec curetage ganglionnaire à droite.

A l'examen clinique, l'on note une déformation indolore des deux mains en coup de vent, avec tuméfaction des MCP 2 et 3 de la main droite et allux valgus des deux pieds. On découvre aussi une ulcération sous maléolaire très profonde sans ostéite de voisinage.

Le bilan radio tomographique montre un latex très positif et l'on retrouve par 2 fois un staphylocoque doré pathogène dans le pus de l'ulcération.

Le dosage des enzymes montre des taux d'ASL à 90 unités, d'ASK TN, d'ASH inférieurs à 5 000, d'APLN TN, d'APNH TN et d'ASTL à 1 unité.

.../...

Le diagnostic de P C R est donc formel; le malade est mis aux anti-inflammatoires et/antalgiques^{aux} et un traitement antibiotique pour l'ulcération sous moléolaire est entrepris.

Résumé : P C R (Séro positive) . ASTL normale (1 unité).

OBS N° 61 (Service du Pr. E. LEJEUNE F 22)

MMe JAM... Michelle, 28 ans

Entre dans le service le 15/02/71 pour bilan de ses dorsalgies.

Dans les antécédents, on note un terrain migraineux, une intervention en 1964 pour hydrosalpinx et un curetage pour fausse couche spontanée en février 71.

L'examen clinique est entièrement négatif, mis à part un point douloureux au niveau de l'épineuse . D 5.

Le bilan radio tomographique est entièrement négatif.

Le bilan biologique est entièrement négatif (taux d'APLN TN et d'APNH TN ainsi que . taux d'ASTL inférieurs à 0,7 unité).

On conclut à des dorsalgies mécaniques en rapport avec la reprise du travail (Secrétariat) et un amaigrissement volontaire de 12 Kg.

Résumé : Dorsalgies mécaniques . ASTL normale (0,7 U).

OBS N° 62 (Service du Pr. E. LEJEUNE et du Pr Ag M. BOUVIER H 519)

M. MOU... Louis, 35 ans, droguiste,

Entre dans le service le 23/02/71 pour bilan de spondylarthrite ankylosante.

Dans les antécédents, l'on note des talalgies droites et des douleurs de l'épaule et du poignet gauche à l'âge de 18 ans, étiquetées.

comme P C R , une cure de sel d'or , une corticothérapie et des infiltrations sont entreprises.

L'on note une iritis, il y a quatre ans.

A l'examen clinique l'on note des douleurs au niveau des deux premières métatarso-phalangiennes du poignet gauche et de l'épaule gauche avec limitation des mouvements de ces articulations.

L'examen clinique montre aussi une raideur de la colonne lombaire et une ampliation pulmonaire diminuée.

Le bilan radio tomographique révèle des images typiques de S A.

Le bilan biologique systématique est négatif (APLN TN, APNH 8 TN, et ASTL 0,75 unité).

Le diagnostic de S A est donc formel et le malade quitte le service très amélioré par un traitement à l'Indocid et Rhonal.

Résumé : Spondylarthrite ankylosante . ASTL normale (0,75 U).

OBS N° 63

(Service du Pr. E. LEJEUNE F 318)

Mme TER... Irène,

Entre dans le service pour broncho pneumopathie ayant entraîné un déséquilibre hydroélectrique.

Dans les antécédents, on note une tuberculose pulmonaire à l'âge de 9 ans. Cette femme a été hospitalisée plusieurs fois dans le service pour une insuffisance tubulointerstitielle rénale et une hyperprotidémie avec VS élevée et gammaglobuline élevée pour laquelle il n'a jamais été possible de trancher entre un Kahler et Valdenström.

A l'examen clinique, l'on note une pneumopathie droite, une scoliose dorsale à grand rayon d'action et une déformation thoracique concomitante.

.../...

Le bilan radio tomographique montre des images pulmonaires de pneumopathie et des déformations vertébrales.

Le bilan biologique, à la recherche d'une étiologie infectieuse, est négatif (APNL 3 TN, APNH TN et ASTL inférieur à 0,7 U).

La rééquilibration hydroélectrique est entreprise ainsi qu'un traitement antibiotique.

Résumé : Broncopneumopathie ayant entraîné un déséquilibre hydroélectrique . ASTL normale (Inférieure à 0,7 U).

OBS N° 64 (Service du Pr. E. LEJEUNE H 28)

M. MON... Dominique , 33 ans,

Entre dans le service le 26/01/71 pour bilan d'un épisode polyarthralgique.

Dans les antécédents l'on note une sensibilité particulière aux angines, des gonalgies droites de durée brève (quelques heures en août 70);-apparition en octobre-novembre d'un syndrome articulaire fait de polyarthralgies migratrices et fugaces touchant électivement les grosses articulations (genoux, coudes, poignets, chevilles). Début novembre, on note une éruption sur la face intérieure de la jambe droite de durée fugace (2 jours). Fin décembre, apparaît une angine au cours de laquelle on note des manifestations articulaires du genou gauche.

A l'examen clinique, on note une rougeur et une tuméfaction du genou gauche avec une douleur intense au niveau de la tubérosité intérieure du tibia. Un frottement péricardique avec un petit T M est noté.

Le bilan biologique montre des taux d'anticorps streptococciques normaux : ASL 50 unités, ASK TN , ASH inférieure à 5 000 le 22/11/71 ainsi que le 4/02/71 ASL inférieure à 50, ASK TN, ASH inférieure à 5 000.

.../...

Les dosages des antienzymes pneumococciques et antistaphylococciques sont normaux (APLN 2 TN, APNH TN, ASTL inférieure à 0,7 U). Les hémocultures répétées révèlent à une seule fois la pousse d'un streptocoque alpha hémolytique.

La scène clinique est très évocatrice de BOUILLAUD avec atteinte cardiaque ; l'évolution est très favorable sous Pénicilline et Cortancyl.

Résumé : Bouillaud avec hémoculture positive mais sans élévation des anticorps antistreptococciques. ASTL normale (Inférieure à 0,7 U).

OBS N° 65

(Service du Pr. E. LEJEUNE H 610)

M. VIA... Charles, 33 ans,

Entre dans le service le 30/01/71 pour une scène polyarticulaire aiguë.

Dans les antécédents, l'on note une hospitalisation en 1961 pour rhumatisme gonococcique.

L'examen clinique révèle des douleurs intéressant la 2e MCP, le poignet gauche, les épaules, la région sacro iliaque gauche et la cheville gauche ; ces douleurs sont accompagnées de fluxions articulaires.

On découvre au niveau du gland une ulcération épidermisée.

Le bilan radio tomographique montre des altérations des sacro iliaques, surtout à gauche (interligne anfractueux).

Le bilan biologique révèle la présence du spirochète au niveau de l'ulcération du gland ; dans un prélèvement urétral, on note la présence de *Neisseria gonorrhoeae*. Le BW et le Nelson sont négatifs. Le dosage des ASTL est normal (0,7 U).

Résumé : Rhumatisme gonococcique à rechute, à prédominance périphérique avec sacro iléite bilatérale signant le passage vers une spondylarthrite ankylosante post gonococcique.

.../...

OBS N ° 66 (Service du Pr E. LEJEUNE et du Pr Ag. M. BOUVIER F 380)

Mlle DEC... Evelynne, 18 ans, perforatrice IBM,
Est adressée dans le service le 26/02/71 pour bilan de douleurs tenaces
de l'articulation iliaque gauche avec VS à 45 mm.

L'on ne retient pas d'antécédents pathologiques notables.

L'histoire de la maladie débute par des douleurs du membre inférieur gauche, prédominantes dans la région fessière, apparues en Octobre sans caractères mécaniques stricts.

A l'examen clinique, on note une douleur à la pression de l'épineuse L 5 ainsi que de la sacro iliaque gauche, accompagnée de points douloureux ischiotrochantériens poplités ainsi que dans le mollet; le Lassègue gauche est à 80°, la colonne lombaire est souple ; le reste du bilan est négatif.

Apparition d'une hépatite ictérogène dans le service, précédée d'un embarras gastrique qui est survenu d'une manière inopinée.

Le bilan radio tomographique montre un disque L4 L5 un peu diminué de hauteur.

Le bilan biologique est négatif, à part les tests hépatiques qui, très perturbés, seront subnormaux à la fin du séjour. Le dosage des ASTL montre des taux inférieurs à 0,7 U le 5/02/71;

La malade sort très améliorée de ses douleurs par un traitement antalgique banal et du repos ; l'ictère est en voie de rétrocession et une rééducation progressive des muscles paravertébraux est conseillée.

Résumé : Lombo sciatique typique, hépatite ictérogène .

ASTL normale (Inférieure à 0,7 U).

.../...

OBS 67 (Service du Pr. E. LEJEUNE et du Pr. Ag. M. BOUVIER F 756)

Mme BEN..... Georgette, 28 ans

Est admise dans le service le 12/07/71 pour des douleurs diffuses des deux membres inférieurs avec apyrexie et V.S. à 85 mm.

Dans les antécédents, on note une épilepsie traitée depuis 6 ans.

L'histoire actuelle débute par une angine suivie, 15 jours plus tard, de myalgies et d'arthralgies des membres inférieurs, surtout nocturnes, prédominantes aux chevilles.

A l'examen clinique, on note une limitation douloureuse des deux chevilles, des genoux et des hanches avec un œdème et un érythème localisés aux deux chevilles. Le reste de l'examen est négatif.

Le bilan radio tomographique est normal.

Le bilan biologique est négatif, les anticorps streptococciques sont normaux à deux reprises, de même le dosage des ASTL montre des taux à 0,7 U.

Malgré le caractère peu migrateur des arthralgies et leur exclusivité aux membres inférieurs, on considère la malade comme porteuse d'un rhumatisme inflammatoire post angineux et on la traite comme un Bouillaud (Pénicilline Cortancil). Après 3 semaines de traitement, la VS est normale, il n'y a plus de tuméfaction articulaire, il ne persiste que des myalgies et la malade part en maison de repos.

Résumé : Rhumatisme inflammatoire post angineux ASTL négative (inf. à 0,7U).

OBS N° 68 (Service du Pr. E. LEJEUNE et du Pr. Ag. M. BOUVIER H 609)

Mr. LOM.... Antoine, 74 ans, retraité maçon.

Est admis dans le service le 18/02/71 pour des manifestations rhumatismales avec une VS à 102 mm.

.../...

Dans les antécédents, on relève une cure de hernie inguinale droite et gauche, un ulcère découvert il y a 15 ans, une spécificité ancienne suivie régulièrement avec une petite IM.

L'histoire actuelle débute il y a 3 mois par l'apparition d'un rhumatisme inflammatoire intéressant les mains, les pieds et le rachis cervical.

A l'examen clinique, les articulations des mains, des pieds et du rachis cervical sont douloureuses à la mobilisation passive.

Le bilan radio tomographique est normal.

Le bilan biologique est négatif, les ASTL sont à 0,7 U.

Devant le tableau clinique, on conclue à une PR tardive à sérologie négative. Une cure de sel d'or, associée aux antalgiques et au Quinercyl est entrepris avec les précautions d'usage, en raison des antécédents ulcéreux.

Résumé : PR séro négative - ASTL normale (Inférieure à 0,7 U).

OBS N° 69 (Service du Pr. E. LEJEUNE et du Pr. Ag. M. BOUVIER H 466)

L'adolescent JOM Patrick, 17 ans, étudiant.

Est adressé dans le service le 15/02/71 pour bilan d'une hanche douloureuse avec apyrexie et VS à 9 mm.

L'on ne retient pas d'antécédents pathologiques notables.

L'histoire actuelle remonte il y a un an par l'apparition de douleurs intermittentes d'allure mécanique au niveau de la hanche.

Depuis un mois, reprise des phénomènes douloureux qui ne sont pas améliorés par le traitement médical (anti-inflammatoires, calcium, vitamino thérapie).

A l'examen clinique, l'on ne relève qu'une limitation douloureuse de la hanche gauche. Le reste de l'examen est négatif.

Le bilan radio tomographique est normal.

Le bilan biologique est entièrement négatif, et le dosage des ASTL montre un taux à 0,75 U.

Devant la négativité des bilans radio tomographique et biologique et après avis des psychiatres, on conclut à un syndrome pithiatique.

Le malade est mis aux antalgiques et aux anti-inflammatoires avec massages. L'évolution est favorable très rapidement, et le malade sort complètement guéri.

Résumé : Blocage de la hanche gauche, d'origine pithiatique probable.
ASTL normale (inférieure à 0,75 U.)

OBS N° 70 (Service du Pr. E. LEJEUNE et du Pr. Ag. M. BOUVIER F 494)

Mme JAC ... Marie, 56 ans, veilleuse de nuit.

Est adressée dans le service le 12/02/71 pour des polyarthralgies inflammatoires avec VS à 71 mm.

Dans les antécédents, on note des manifestations allergiques depuis 3 ans à type d'asthme et d'intolérance médicamenteuse (aspirine, antibiotiques) ainsi que des antécédents biliaires.

L'histoire actuelle débute en décembre par l'apparition d'arthrite inflammatoire ayant débuté à la 5ème métacarpo phalangienne gauche, puis qui a intéressé successivement les mains, les poignets, les coudes, les épaules, le rachis cervical, les genoux, les chevilles, mais aussi la colonne lombo-sacrée avec des talalgies.

A l'examen clinique, toutes les articulations sont douloureuses sauf les hanches.

.../...

Le bilan radio tomographique montre une atteinte bilatérale des sacro iliaques, prédominante à droite avec interlignes irréguliers et condensation.

Le bilan biologique à la recherche d'une étiologie de ces rhumatismes est entièrement négatif. Le dosage des ASTL est à 0,85 U.

Il est difficile de conclure entre le diagnostic de spondylarthrite féminine ou de polyarthrite atypique.

La malade est envoyée en maison de repos avec anti-inflammatoires et une cure d'allochrysine.

Résumé : SA ou PCR, ASTL normal (0,85 U.)

OBS N° 71 (Service du Pr. E. LEJEUNE et du Pr. Ag. M. BOUVIER F 743)

Mme NIV..... Gabrielle, 78 ans.

Est admise dans le service le 12/07/71 pour dorsalgie avec un tassement de D 11.

Dans les antécédents, on note des troubles digestifs rapportés à une lithiase vésiculaire et une bacillose péritonéale évoluant sur un mode chronique et expliquant une VS à 60 mm traitée depuis 13 ans.

L'histoire actuelle débute par des dorsalgies basses déclanchées par un effort et rattachées radiologiquement à un tassement de D 11.

L'examen clinique de la malade en position couchée ne révèle rien de particulier.

Le bilan radio tomographique met en évidence une ostéoporose diffuse avec un important tassement de D 11.

Le bilan biologique est entièrement négatif, le dosage des ASTL est inférieur à 0,7 U.

.../...

On conclut à une Ostéose décalcifiante diffuse avec tassements vertébraux. La malade est mise à un traitement vitamino calcique avec anabolisant et port d'un corset.

Résumé : Ostéose décalcifiante à ASTL normal (inférieur à 0,7 U.)

OBS N° 72 (Service du Pr. E. LEJEUNE et du Pr. Ag. M. BOUVIER H 385)

Mr. DER ... Jean-Louis, 44 ans, représentant.

Est admis le 17/02/71 pour bilan de lombalgies avec VS à 10 mm.

Dans les antécédents, on note une chute en 1965. Depuis cette époque, lombalgies intermittentes qui nécessiteront une hospitalisation pour sciatique L 4 L5 en 1968 et 1969.

L'examen clinique nous montre un sujet obèse avec une hépatomégalie, mais l'examen rhumatologique est entièrement négatif.

Le bilan biologique est entièrement négatif, le dosage des ASTL est inférieur à 0,7 U.

Le malade quitte le service après une série de séances d'ondes courtes, et de kinésithérapie, de massages et de dynesythérapie et avec le port d'un lombostat.

Résumé : Lombalgies chroniques, ASTL normal (inférieur à 0,7 U.)

OBS n° 73 (Service du Pr. E. LEJEUNE et du Pr. Ag. M. BOUVIER F. 379)

Mme CAP Mathilde, 56 ans.

Est adressée dans le service le 12/02/71 pour bilan de lombalgies et de douleurs trochantériennes récentes avec apyrexie et VS à 42 mm.

L'on ne retient pas d'antécédents pathologiques notables.

L'histoire actuelle débute il y a 2 mois 1/2 par des lombalgies irradiées dans les flancs, intéressant également la région sus trochantérienne gauche de caractère surtout mécanique.

.../...

L'examen clinique révèle une raideur de la colonne lombaire et une douleur à la pression de l'épineuse L 5.

Le bilan radio tomographique montre une grande ostéose décalcifiante pelvo rachidienne avec un tassement de L 3 et L 5, mais intéressant aussi les membres.

Le bilan biologique poussé à la recherche d'une étiologie mitochondriale ou dégénérative (Kalher) est entièrement négatif. La VS primitivement élevée s'explique par une infection urinaire concomitante. Les sérodiagnostics sont négatifs et en particulier, le dosage des ASTL montre des taux inférieurs à 0,7 U.

La malade sort très améliorée par un traitement vitamino calcique et antalgique, et part en convalescence.

Résumé : Ostéoporose vertébro pelvienne, ASTL normal (inférieur à 0,7 U.)

OBS N° 74 (Service du Pr. E. LEJEUNE et du Pr. Ag. M. BOUVIER H 715)

Mr. BUR René, 46 ans, Coquetier.

Est admis dans le service le 15/06/71 pour bilan de pleurésie et péricardite à répétition.

Dans les antécédents, l'on note un RAA à l'âge de 8 ans et une brucellose typique en 1965.

L'histoire actuelle débute 4 ans après l'épisode mélitococcique où le malade voit s'installer une symptomatologie associant des épisodes de pleurésie, de péricardite et d'orchi-épididymite, l'ensemble étant sensible aux corticoïdes.

L'examen clinique est entièrement négatif.

Le bilan radio tomographique ne révèle rien de particulier.

.../...

Le bilan biologique note une IDR à la mélitine, positive, un sérodiagnostic mélitococcique négatif. Les examens à la recherche d'une collagenose, d'une bacillose polyviscérale sont entièrement négatifs. Le dosage des ASTL montre des taux inférieurs à 0,7 U., de même les autres sérodiagnostic sont négatifs.

En fin de compte, la mélitococcie chronique paraît la moins improbable des hypothèses. Le malade quitte le service avec rendez-vous pris pour un nouveau bilan dans quelques mois.

Résumé : Mélitococcie chronique probable, ASTL normale (inférieure à 0,7 U.).

OBS N° 75 (Service du Pr. E. LEJEUNE et du Pr. Ag. M. BOUVIER H 681)

M. GAR..... Jean, 34 ans, Chimiste.

Est admis dans le service le 29/06/71 pour bilan d'un rhumatisme inflammatoire intéressant le genou droit et les 2 chevilles avec apyrexie et VS à 72 mm.

Dans les antécédents, on note une fracture du tibia droit en 1955.

L'histoire actuelle remonte à l'âge de 22 ans. Depuis cette époque, le malade présente un rhumatisme inflammatoire panarticulaire intéressant le genou droit et les 2 chevilles, évoluant par poussées aiguës d'une quinzaine de jours 3 à 4 fois par an, sans atteinte de l'état général, avec augmentation des alpha globulines, des gamma globulines, avec VS élevée et leucocytose.

L'examen clinique est, à l'heure actuelle, entièrement négatif à part des amygdales en mauvais état.

Le bilan radio tomographique est négatif, en particulier les sacro iliaques sont normales.

Le bilan biologique et en particulier rhumatismal est négatif, on retrouve simplement une hyperleucocytose (à 15200 GB par mm³) avec une VS à 30 mm et une légère augmentation des gamma globulines.

Les sérodiagnostics sont normaux, en particulier les anticorps antistreptococciques, de même que les antienzymes antistaphylococciques. Le dosage des ASTL montre un taux de 1,34 U.

Devant la négativité du bilan rhumatismal et devant ce foyer infectieux chronique, on conclut à un rhumatisme post infectieux, celui-ci étant corroboré par le malade qui dit avoir présenté plusieurs fois ce tableau rhumatismal après des angines. Un traitement antibiotique est entrepris, une indication chirurgicale d'amygdalectomie est décidée.

Résumé : Rhumatisme post infectieux, ASTL normale (1,3 U.)

OBS N° 76 (Service du Pr. E. LEJEUNE et du Pr. Agrégé M. BOUVIER H 622)
Mr. PAR Jean Claude, 23 ans, Infirmier.

Est adressé dans le service le 20/03/71 pour polyarthralgies mobiles avec plaques prurigineuses au niveau des pieds et des mains avec une VS à 119 mm, et apyrexie.

L'on ne retient pas d'antécédents pathologiques notables.

L'histoire actuelle a débuté brutalement il y a 8 jours par un prurit intense plantaire et palmaire, suivi 3, 4 jours après par des arthralgies atteignant le poignet droit, puis le poignet gauche, accompagnées de talalgies et d'une hyperthermie à 38 °.

A l'examen clinique, l'on ne note plus de signes inflammatoires au niveau des articulations, mais il persiste quelques plaques érythémateuses au niveau des pieds et des plis inguinaux. On note aussi une éruption de type urticaire au visage.

Le bilan biologique est entièrement normal, les anticorps antistreptococciques sont normaux, de même le dosage des ASTL montre un taux à 0,8 U.

.../...

L'éventualité d'un RAA, envisagée un moment est rejetée sur la négativité des dosages des anticorps streptococciques. L'évolution se montre très rapidement favorable : disparition des athralgies et des éruptions sous antihistaminiques, au bout de quelques jours.

Résumé : Rhumatisme allergique, anticorps normaux, ASTL normale (0,8 U.)

OBS N° 77 (Service du Pr. E. LEJEUNE et du Pr. Agrégé M. BOUVIER F.730)

Mme EAB Mélanie, 73 ans.

Est adressée dans le service le 10.07/71 pour arthrite du coude droit.

Dans les antécédents, l'on note une gonarthrose bilatérale, traitée chirurgicalement en 1968.

L'histoire actuelle remonte à fin mars 1971 par une immobilisation douloureuse du coude droit, accompagnée plus récemment d'une immobilisation douloureuse de l'épaule et du poignet.

Le diagnostic d'arthrite du coude droit a été envisagé et a justifié une biopsie synoviale ; dans l'attente de la réponse à l'anatomopathologique, la malade est mise à un traitement antituberculeux. Le résultat de la biopsie infirme cette hypothèse et conclut à une inflammation aspécifique.

Le bilan radio tomographique négatif nous montre simplement des lésions importantes au niveau des métacarpo-phalangiennes.

Le bilan biologique à la recherche de l'étiologie est négatif. Par ailleurs, un latex positif au 1/800° et des anticorps normaux (ASTL à 0,7 U.) font conclure au diagnostic d'oligoarthrite rhumatismale relevant d'une polyarthrite rhumatoïde atypique. La malade est mise aux antalgiques et aux anti inflammatoires.

Résumé : Polyarthrite rhumatismale atypique, ASTL normale (0,7 U.)

OBS N° 78 (Service du Pr E. LEJEUNE et du Pr Ag. M. BOUVIER F 244)

Mme ARR... Angéla, 38 ans,

Entre dans le service le 16/10/70 pour bilan d'une image d'ostéolyse de D 12.

L'on ne retient pas d'antécédents pathologiques notables.

L'histoire actuelle débute en janvier 1970 par une chute qui laisse comme séquelle une douleur dorsale persistante. Depuis 3 mois, augmentation progressive des dorsalgies et apparition d'une sciatique S1.

L'examen clinique révèle une douleur à la pression de l'épineuse D 12, une sciatique S1, un héli-syndrome de la queue de cheval. On note aussi la présence d'une masse dure au niveau du lobe droit du corps thyroïde.

Le bilan radio tomographique montre des images d'ostéolyse de L1 et une amputation impressionnante du sacrum.

Le bilan biologique est négatif, mise à part la cartographie thyroïdienne et corporelle à l'iode radio-actif qui révèle le caractère fixant des métastases; le reste du bilan est négatif, en particulier, le dosage des anticorps (les ASTL sont à 0,75 U).

La malade est envoyée dans un service spécialisé pour thyroïdectomie suivie d'une administration d'iode 131.

Résumé : Métastase d'une tumeur thyroïdienne . ASTL normale (0,75 U).

OBS N ° 79 (Service du Pr E. LEJEUNE et du Pr Ag. M. BOUVIER F 551)

Mme GAR... Paulette,

Entre dans le service le 30/05/71 pour bilan de ses dorsalgies et de ses gonalgies gauches avec une température subfébrile (37°4) et une VS à 8 mm.

.../...

Dans les antécédents, l'on note :

- en 1950, une intervention pour torsion d'un kyste de l'ovaire,
- en 1943, une paratyphoïde,
- en 1947, une typhoïde,
- en 1955, une intervention pour une tumeur à myélopaxe sur le fémur gauche, suivie d'une infection secondaire à staphylocoques dorés puis, interventions répétées sur ce foyer en 1955, en 1958, 1959, En 1965, nouveau curetage, puis il se produit une fracture sous plâtre.
- en 1960, sciaticque droite et en en 1964, névralgies crurales.

L'histoire actuelle remonte à 2 ans, la malade souffre de dorsalgies non calmées par le repos et pour lesquelles de nombreux traitements ont été institués (lombostat, antibiotiques, anti-inflammatoires).

Le bilan radio tomographique montre un pincement L 5 S1 et un pincement D10 D11.

Le bilan biologique, poussé à la recherche d'une étiologie infectieuse, est négatif car le diagnostic de spondylodiscite infectieuse fut un moment invoqué. Les sérodiagnostics sont négatifs, le dosage des ASTL est inférieur à 0,7 U.

Devant la négativité du bilan biologique (numération formule normale, VS normale, bilan sérologique normal), devant les images radiologiques évoquant plutôt des phénomènes arthrosiques, on conclut à une arthrose dorso-lombaire et la malade est mise aux antalgiques et aux anti-inflammatoires. Cette dernière quitte le service très améliorée et sous surveillance biologique et radiologique.

Résumé : Arthrose dorso-lombaire . ASTL normale (Inférieure à 0,7 U)

OBS N° 80

(Service du Pr E. LEJEUNE et du Pr Ag. M. BOUVIER F 530)

Mme SEI... Josette, couturière,

Est adressée dans le service le 18/02/71 pour névralgies cervico-brachiales gauches et crampes diffuses.

.../...

Dans les antécédents, on note la découverte d'une tuberculose cavitaire droite traitée par pneumothorax en 1942 et en 1943, une quadriplégie qui régresse sans séquelle en un an ; en 1956, une intervention pour grossesse tubaire.

L'histoire actuelle remonte au mois d'octobre 1965 où apparaissent pour la première fois des cervicalgies et des dorsalgies. Le bilan radiologique avait objectivé alors une discrète arthrose L5 S1. En 1968, devant les douleurs persistantes des membres supérieurs gauches et de la main, des infiltrations du canal carpien sont pratiquées. La reprise des phénomènes douloureux amène la malade dans le service.

A l'examen clinique, on note un point douloureux para-vertébral gauche, à la pression, au niveau de C2. On note de même, des pieds creux et des orteils en griffes ainsi qu'un chowstek bilatéral.

Le bilan radio tomographique révèle une discarthrose L5 S1.

Le bilan biologique est entièrement négatif, le dosage des ASTL montre un taux de 1,70 U.

Le diagnostic de discarthrose est reconnu et la malade est très améliorée par un traitement antalgique et anti-inflammatoire associé aux ondes courtes et ^{aux} massages, puis elle est transférée dans un service chirurgical pour intervention réparatrice au niveau des orteils.

Résumé : Discarthrose . ASTL normale (1,70 U).

OBS N° 81 (Service du Pr E. LEJEUNE et du Pr Ag. M. BOUVIER F 604)

Mme FRA... Jeanne, 56 ans.

Entre dans le service le 28/05/70 pour suspicion de polynévrite.

Dans les antécédents, on relève un épisode dépressif en 1962 - (la malade garde encore, à l'heure actuelle, un traitement); un éthylisme ancien totalement supprimé depuis 10 ans.

.../...

L'histoire actuelle a débuté il y a 2 mois par des crampes et des brûlures des cuisses et des mollets surtout nocturnes, accompagnées de troubles de la marche avec faiblesse des membres inférieurs.

A l'examen clinique, on note une amyotrophie franche bilatérale mais les réflexes et les sensibilités sont intacts.

Le bilan biologique montre des tests hépatiques positifs mais l'EMG et biopsie musculaire n'apportent pas d'éléments convaincants, les sérodiagnostics sont négatifs, le dosage des ASTL est inférieur à 0,7U.

L'hypothèse d'une polynévrite éthylique ne semble pas devoir être retenue car l'intoxication a cessé depuis longtemps ; il s'agit de troubles récents et très évolutifs, de même, l'examen clinique ne va pas dans ce sens. La biopsie musculaire n'apporte pas d'arguments en faveur d'une polynévrite, ni d'une polymyosite.

La malade quitte le service, améliorée par une vitaminothérapie et les hépato-protecteurs.

Résumé : Suspicion de Polynévrite . ASTL normale. (Inférieure à 0,7 U).

OBS N° 82 (Service du Pr E. LEJEUNE et du Pr Ag. M. BOUVIER F 745)

Mme MIL... Jeanne-Marie, 68 ans, employée,
Est adressée le 1/06/71 pour scapulalgies droites

Dans les antécédents, on relève une sciatique traitée en 1963 et un traumatisme de l'épaule droite en 1966 ayant entraîné une fracture de l'acromion.

L'histoire actuelle débute il y a un mois par réapparition des scapulalgies lors d'un effort.

L'examen clinique révèle une limitation douloureuse des mouvements de l'épaule droite avec un point douloureux antérieur.

.../...

Le bilan radio tomographique ne montre pas de calcification mais de petits remaniements céphaliques et une ascension de la tête.

Le bilan biologique est entièrement négatif, les sérodiagnostics sont normaux, en particulier, le dosage des ASTL est inférieur à 0,7 U.

La malade quitte le service très améliorée par les antiinflammatoires, les antalgiques et les massages.

Résumé : PSH droite . ASTL normale (Inférieure à 0,7 U).

OBS N° 83 . (Service du Pr E. LEJEUNE et du Pr Ag. M. BOUVIER H 521)

M. POU... Louis, 54 ans, retraité,

Entre dans le Service le 9/03/71 pour bilan d'une sciatique L 5 avec VS élevée (40 mm) et cuti très positive.

Dans les antécédents, on note une césintoxication éthylique en 1947.

L'histoire actuelle débute en juin 1970 par une douleur nocturne brusque au niveau de la fesse gauche ; les radios montrent alors une image d'hernie discale ; le malade est très amélioré par des tractions et un traitement anti-inflammatoire. Puis, en décembre, nouvelle accentuation des douleurs avec irradiations dans le mollet. L'intervention est alors décidée.

Au cours du bilan préopératoire, la découverte d'une VS élevée et d'une cuti très positive fait reculer les chirurgiens ; le malade est donc envoyé dans le service.

A l'examen clinique, le malade présente une sciatique de type L5 S1 ; le reste de l'examen est négatif.

Le bilan radio tomographique montre une importante discarthrose L5 S1 et également, une discarthrose des disques sus jacents et tout particulièrement L4 L5.

.../...

Le bilan biologique, à la recherche d'un foyer infectieux est négatif, mais par contre, le bilan hépatique, très perturbé (hypoalbuminémie 46 %, et hypergammaglobulémie à 24 % avec protrombine à 48 % et une BSP très perturbée avec 34 % de rétention à la 15e minute et 12 % à la 45 e minute) conduit à expliquer l'élévation de la VS. Les sérodiagnostics sont négatifs, les ASTL sont à 1,3 U.

Le traitement médical associant les massages, les épidurales, les élongations, les ondes courtes et les anti-inflammatoires a un effet heureux sur la névralgie. Le malade quitte le service avec un lombostat et un traitement hépatique.

Résumé: Sciatique L.5 S1 . ASTL normale (1,3 U).

OBS N° 84 (Service du Pr E. LEJEUNE et du Pr Ag. M. DOUVIER H 562)

M. CHA... Pétrus, 62 ans, employé communal,

Entre dans le service le 23/03/71 pour des oedèmes importants des membres inférieurs et des polyarthralgies.

Dans les antécédents, on relève des crises de RAA.

L'histoire actuelle débute fin février suivie secondairement d'arthralgies diffuses.

A l'examen clinique, on note une limitation douloureuse des articulations, des poignets, des genoux et des chevilles avec des plaques érythémateuses ainsi qu'un important oedème des membres inférieurs.

Le bilan biologique montre une élévation du taux du fibrinogène et des anticorps streptococciques élevés (ASL 400 U, ASH 4 TN, ASK 31 000 le 25/03/71 ; ASL 200 U, ASH TN, ASK 9 400 le 22/04/71; ASL 360, ASH TN, ASK 8 800 le 7/04/71). Les autres sérodiagnostics sont normaux, le dosage des ASTL est inférieur à 0,7 U (le 25/03/71)

.../...

Les antécédents, la scène clinique, les augmentations des anticorps streptococciques font conclure à un RAA. Le malade est mis aux anti-inflammatoires.

Résumé : RAA . ASTL normale (Inférieure à 0,7 U).

OBS N ° 85 (Service du Pr E. LEJEUNE et du Pr Ag. M. BOUVIER F 377)

Mme MAI... Henriette, 56 ans, employée des Postes,
Est admise le 8/03/71 pour une arthrite du coude droit.

Dans les antécédents, on note à l'âge de 44 ans, un rhumatisme inflammatoire qui s'avère être une PCR.

L'histoire de la maladie débute il y a 18 mois par l'apparition d'une arthrite du coude droit qui évolue d'une manière chronique.

A l'examen, on note une tuméfaction du coude, une limitation douloureuse de la flexion et de l'extension.

Le bilan radio tomographique montre des altérations importantes prédominantes au niveau de la cubito-trochléenne avec anfractuosités au niveau des surfaces articulaires et condensations limitrophes.

Le bilan biologique, à la recherche d'une étiologie infectieuse, et en particulier, tuberculeuse, est négatif (culture et inoculation du liquide de ponction). Les serodiagnostic sont négatifs et le dosage des ASTL montre un taux inférieur à 0,7 U.

Devant les phénomènes inflammatoires et douloureux importants les corticoïdes, un moment interrompus à la suite d'une suspicion d'une arthrite tuberculeuse, sont repris et un geste chirurgical est envisagé.

Résumé : Arthrite inflammatoire . ASTL normale (Inférieure à 0,7 U).

.../...

RESUME D'OBSERVATION DE 54 MALADES HOSPITALISES

/ A LA CLINIQUE DE PATHOLOGIE INFECTIEUSE DE LYON

(SERVICE DU PROFESSEUR A. BERTOYE)

+++++

TABLEAU VI

.../...

Numéros des Observations	Numéros des dossiers	NOM Prénom	Sexe	Age	Diagnostic
86	28 902	GOU. Laurent	Masculin	5 ans	Sous Maxillite
87	29 484	FOU. Antoinette	Féminin	52 ans	Erysypèle
88	29 451	HUR. Simone	Féminin	62 ans	Ostéo-phlegmon dentaire
89	29 341	MIE. Maurice	Masculin	54 ans	Hodgkin
90	28 840	DEL. Josette	Féminin	39 ans	Rickettsiose
91	28 641	POLL. Marc	Masculin	8 ans	Rhumatisme articulaire aigu
92	28 763	LAT. Dominique	Féminin	5 ans	Eruption Scarlatineuse niforme d'étiologie indéterminée
93	29 056	PRI.M. Thérèse	Féminin	23 ans	Erysipèle chez un hydrocéphale
94	29 029	DONI. J. Pierre	Masculin	29 ans	Scarlatine chez un ancien tuberculeux

Éléments en faveur d'une infection staphylococcique	Antistaphylolysines	Antipneumolysines		Antistreptolysines		
	A S T L	A P N L	A P N H	A S L	A S K	A S H
	< 0,7	T N	3 T N	< 50	T N	< 5 000
	< 0,7	T N	T N	< 50	T N	5 100
	< 0,7	2 T N	T N	180	4 T N	6 000
	< 0,7	2 T N	T N	< 50	4 T N	9 600
	< 0,7	2 T N	T N	< 50	T N	< 25 000
	< 0,7	T N	T N	80	T N	5 000
	<			800	10 T N	28 300
	< 0,7	13 T N	5 T N	760	8 T N	33 100
	< 0,7	3 T N	T N	160	T N	< 5 000
	1 U			80	T N	< 5 000
	< 0,7	T N	T N	< 50	T N	< 5 000

Numéros des Observations	Numéros des dossiers	NOM Prénom	Sexe	Age	Diagnostic
95	29 011	AGU. Michel	Masculin	18 ans	Réticulite bénigne indéterminée
96	29 009	VER. Edmond	Masculin	49 ans	Mono-arthrite post angineuse streptococcique
97	28 980	FON. Murielle	Féminin	4 ans	Méningite purulente méningocoque
98	28 972	GAG. Chantal	Féminin	20 ans	Fièvre avec arthralgies d'étiologie X
99	28 935	GIV. Marc	Masculin	22 ans	Méningite purulente probablement à méningocoque
100	28 933	JUG. Pascal	Masculin	4 ans	Scarlatine
101	28 837	ALB. Raymond	Masculin	19 ans	Eruption morbiliforme d'étiologie X
102	28 839	GOO. Christian	Masculin	19 ans	Eruption morbiliforme d'étiologie X

Éléments en faveur d'une infection staphylococcique	Antistaphylolysines	Antipneumolysines		Antistreptolysines		
	A S T L	A P N L	A P N H	A S L	A S K	A S H
	1 U			140 140	2 T N T N	6 100 8 700
	0,95			800 460	12 T N 4 T N	22 100 17 800
	< 1	6 T N	T N	340	4 T N	5 000
	< 1			< 50	2 T N	< 5 000
	< 1 < 0,7	T N	T N	90	4 T N	22 900
	< 1 U	T N	T N	80	T N	< 500
	< 0,7			360	T N	35 000
	< 0,7			480	2 T N	28 000
					.../...	

Numéros des Observations	Numéros des dossiers	NOM Prénom	Sexe	Age	Diagnostic
103	28 774	PON. J. Michel	Masculin	4 ans	Adénophlegmon cervical droit d'origine pneumococcique
104	28 706	ROY. Christian	Masculin	12 ans	Méningite purulente d'étiologie X
105	25 902	FUR. J. Paul	Masculin	16 ans	Pneumopathie de la base gauche à streptocoque alpha hémolytique
106	25 902	CHA. Bernard	Masculin	18 ans	Rhumatisme articulaire aigu.
107	25 847	MAS. J. Pierre	Masculin	37 ans	Rhumatisme infectieux
108	25 849	GON. Sylvie	Féminin.	15 mois	Erysipèle
109	25 757	MER. Lakmissi	Masculin	24 ans	Primo infection tuberculeuse du fistuleuse avec épanchement pleural gauche.

Éléments en faveur d'une infection staphylococcique	Antistaphylolysines	Antipneumolysines		Antistreptolysines		
	A S T L	A P N L	A P N H	A S L	A S K	A S H
	< 0,7	6 T N	2,5 T N	960	+ 16 T N	< 5 000
	< 0,7	8 T N	3 T N	500	T N	< 5 000
	< 0,7	1 T N	2,5 T N	140	2 T N	65 900
	0,85	2,5 T N	2,5 T N	200	2 T N	15 300
	0,7	T N	T N	440	16 T N	52 800
				360	2 T N	28 700
	0,77	T N	T N	130	T N	< 5 000
	0,85	T N	3,5 T N	190	T N	< 5 000
	2 U			240	T N	9 500
				360	T N	8 100
				220	T N	< 500
	< 0,7	T N	1 T N	< 50	T N	< 5 000
	1 U	5 T N	1 T N	50	T N	< 5 000
	< 0,7	3 T N	1 T N			
					.../...	

Numéros des Observations	Numéros des dossiers	NOM Prénom	Sexe	Age	Diagnostic
110	25 777	HAM. Maurice	Masculin	69 ans	Méningite purulente à pneumocoque.
111	25 791	CRI. Alain	Masculin	1 ans	Pneumopathie du Fowle gauche d'origine grippale.
112	25 812	ZUB. J. Claude	Masculin	18 ans	Pneumopathie lobaire inférieure bilatérale avec pleurésie purulente droite et pleurésie séro-fibrineuse gauche + Péritonite pneumococcale.
113	25 776	JEO. Marie	Féminin	58 ans	Méningite à pneumocoque.
114	25 787	MAU. Jacques	Masculin	5 ans	Rhumatisme articulaire aigu.
115	25 767	GAN. Thérèse	Féminin	73 ans	Pneumopathie gauche
116	25 768	MAR. Georgette	Féminin	45 ans	Erysipèle de la face
117	25 590	FAU. M. Louise	Féminin	49 ans	Endocardite infectieuse à streptocoque fécal du groupe D.

Éléments en faveur d'une infection staphylococcique	Antistaphylolysines	Antipneumolysines		Antistreptolysines		
	A S T L	A P N L	A P N H	A S L	A S K	A S H
	< 0,7	2,5 T N	1 T N	70	T N	< 5 000
	< 0,7	6,5 T N	1 T N	240	6 T N	24 000
	1 U	10 T N	3 T N	360	2 T N	< 5 000
	< 0,7	6,5 T N	1 T N	160	2 T N	< 5 000
	< 0,7	2 T N	4 T N	80	T N	< 5 000
	< 0,7	T N	1,2 T N	0,80	16 T N	< 5 000
	< 0,7	T N	T N	< 50	T N	< 5 000
	< 0,7	T N	2 T N	380	2 T N	30 100
	< 0,8			540	T N	65 200
	2 U	T N	T N	240	T N	6 600
	2 U	T N	1 T N	320	T N	< 5 00
	2 U	T N	T N	240	T N	< 5 000

.../...

Numéros des observations	Numéros des dossiers	NOM Prénom	Sexe	Age	Diagnostic
118	25 675 -	ROL. BERNARD	Masculin	13 1/2	Rhumatisme infectieux
119	28 780	BOR. Mohamed	Masculin	27 ans	Méningite tuberculeuse
120	28 784	MDLL. Danièle	Féminin	15 ans	Méningite purulente d'étiologie X
121	28 838	PRE. André	Masculin	19 ans	Eruption morbiliforme d'étiologie indéterminée
122	27 067	BOU. Chantal	Féminin	2ans	Eruption morbiliforme
123	26 087	VIA. Louis	Masculin	62 ans	Endocardite infectieuse avec insuffisance aortique et insuffisance mitrale (streptococcus faecalis)
124	25 877	MURR. Juliette	Féminin	26 ans	Fièvre d'étiologie indéterminée (Richettsiose)
125	25 852	DOU. Béatrice	Féminin	19 ans	Erysipèle de la fesse
126	29 312	JER. Eric	Masculin	2 1/2	Pneumonie du Lobe supérieur droit .

Éléments en faveur d'une infection staphylococcique	Antistaphylolysines ASTL	Antipneumolysines		Antistreptolysines		
		A P N L	A P N H	A S L	A S K	A S H
				280	T N	25 400
	< 0,7	9 T N	5 T N	240	4 T N	25 600
	< 0,7	T N	T N	< 50	T N	< 5 000
	< 0,7	T N	2 T N	80	T N	10 000
	0,7			< 50	T N	< 5 000
	< 0,7	T N	T N	50	T N	< 5 000
	< 0,7	T N	T N	90	T N	< 500
	< 0,7	T N	T N	50	T N	< 5 000
	< 0,7	T N	T N	90	T N	< 500
	< 0,7	T N	T N	140	T N	7 800
				100	T N	< 5 000
	0,95			1 280	2 T N	< 5 000
	1,5			680	T N	< 5 000
	< 0,7	T N	T N			

Numéros des Observations	Numéros des dossiers	NOM Prénom	Sexe	Age	Diagnostic
127	29 286	LOU. Martine	Féminin	12 ans	Pneumococcie du sommet du Fowler droit.
128	29 279	JOF. Claudie	Féminin	7 ans	Méningite purulente à méningocoque.
129	29 225	DUB. Danièle	Féminin	18 ans	Méningite à méningocoque.
130	29 192	BON. Richard	Masculin	6 mois	Pneumonie du Lobe supérieur droit.
131	29 180	RUT. Gilberte	Féminin	68 ans	Maladie de Horton
132	29 151	GUR. Franck	Masculin	4 ans	Pneumonie partielle du lobe supérieur gauche
133	29 093	BER. Nicole	Féminin	26 ans	Septicémie post abortum avec localisations pulmonaires.
134	29 092	BRI. Françoise	Féminin	12 ans	Pneumonie du Lobe supérieur gauche (strepto. alpha hémolytique gerge).
135	25 672	VED. Nathalie	Féminin	3 1/2	Pneumopathie de la base gauche (Sérologie virale ++++).

Éléments en faveur d'une infection staphylococcique	Antistaphylolysines A S T L	Antipneumolysines		Antistreptolysines		
		A P N L	A P N H	A S L	A S K	A S H
	1,35	5 T N	T N	< 50	T N	< 5 000
	1 U	12 T N	T N	180	4 T N	< 5 000
	0,7	5 T N	T N	180	T N	< 5 000
	0,7	T N	T N			
	0,7			< 50	T N	< 5 000
	0,7	T N	1 T N	< 50	T N	< 5 000
	0,75	5 T N	5 T N	< 50	T N	< 5 000
	0,8	6 T N	4 T N	50	2 T N	5 000
	0,7	4 T N	T N			
	< 0,7	T N	T N	280	T N	< 5 000

Numéros des Observations	Numéros des dossiers	NOM Prénom	Sexe	Age	Diagnostic
136	25 642	MOR. J. Claude	Masculin	28 ans	Eruption morbiliforme (Richettsiose probable) Sérodiagnostic positif.
137	25 623	THO. François	Masculin	32 ans	Syndrome Fissinger Leroy Reiter.
138	25 526	DEN. Ernestine	Féminin	55 ans	Septicémie à streptocoques alpha hémolytiques
139	25 557	SEC. Michel	Masculin	4 ans	Scarlatine.

Éléments en faveur d'une infection staphylococcique	Antistaphylolysines A S T L	Antipneumolysines		Antistreptolysines		
		A P N L	A P N H	A S L	A S K	A S H
	< 0,7	T N	T N	70	T N	< 5 000
	< 0,7			180	T N	6 500
	< 0,7	T N	T N	320	T N	7 800
	< 0,7	1 T N	T N	80	T N	< 500
	< 0,7			100	T N	< 5 000
	< 0,7	T N	T N	80	T N	< 5 000
	< 0,7	T N	3,5 T N	50	T N	< 5 000

V - INTERPRETATION DES RESULTATS ET VALEUR SEMEIOLOGIQUE

DANS LES INFECTIONS STAPHYLOCOCCIQUES OSTEO-ARTICULAIRES

EN PARTICULIER

De l'étude précédente, il ressort que les ASTL ont été observées à des taux élevés au cours de staphylococcies confirmées (groupes A et B) dans 2/3 des cas (11 malades sur 18). La positivité de ce test était un peu moindre dans les staphylococcies sans localisation ostéo-articulaires (Groupe B: 4 cas sur 7) qu'au cours des staphylococcies ostéo-articulaires (Groupe A : 7 cas sur 11). Tous les cas de staphylococcies avec élévation des ASTL peuvent donc être considérés comme des "vrais positifs"

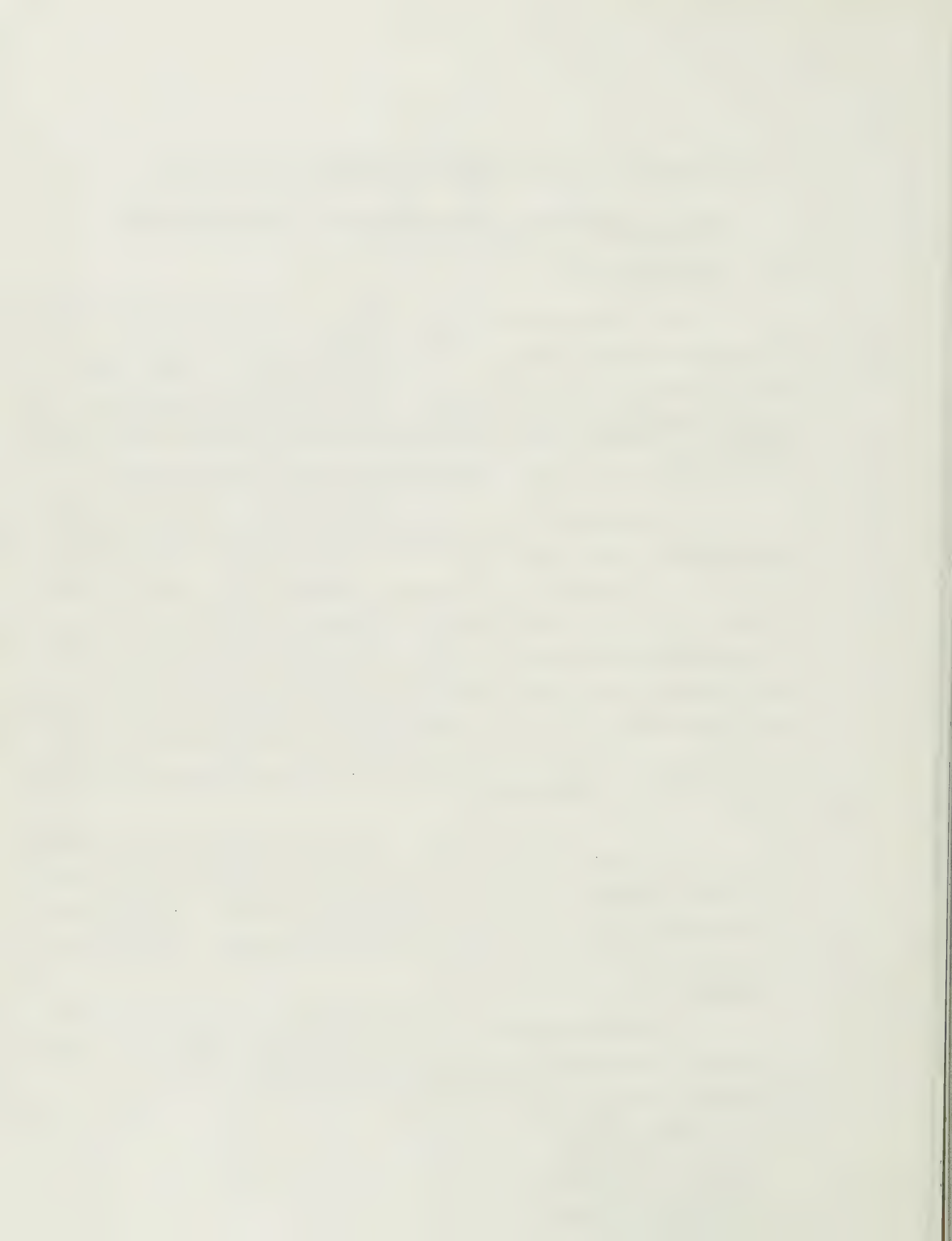
Au contraire, les cas de staphylococcies prouvées sans élévation des ASTL sont, du point de vue de notre étude, des "faux négatifs"

A l'inverse, si l'on groupe l'ensemble des 100 Sujets témoins (Groupe F) et des 9 sujets porteurs d'affections certainement non staphylococciques (Groupes D et E), l'on constate, qu'une fois seulement, fut trouvé un taux élevé - modérément d'ailleurs - d'ASTL ; tous ces cas correspondent donc à des "vrais négatifs" sauf celui avec élévation des ASTL en dehors de toute staphylococcie reconnue qui doit être considéré comme "un faux positif" et sur l'explication duquel nous reviendrons.

Il apparaît donc que l'on peut essayer d'apprécier valablement la valeur sémiologique des ASTL dans les cas des cinq groupes (ceux de tous les groupes à l'exclusion de ceux du groupe C) car ces malades sont soit porteurs d'une staphylococcie confirmée soit indemnes de toute staphylococcie.

La correspondance entre le diagnostic et le dosage des ASTL peut donc être examinée : c'est ce que nous allons développer au cours du chapitre suivant en envisageant successivement :

- "les vrais positifs"
- "les faux négatifs"
- "les vrais négatifs"
- "les faux positifs"



Par contre, il n'est pas possible de juger de la valeur sémiologique des taux des ASTL observés chez les 12 malades du groupe C car, pour eux, le diagnostic de staphylococcie n'a pu être, ni prouvé, ni exclu ; en conséquence, l'élévation des ASTL observée 6 fois sur 12 pourrait correspondre : soit à des "vrais", soit à des "faux positifs". De même, les taux normaux observés dans les 6 autres cas pourraient être : soit des "vrais", soit des "faux négatifs".

Comme nous l'avons dit ci-dessus, notre conviction est toutefois que, s'il existe dans ce groupe C comme dans les groupes A et B, de "faux négatifs", les taux élevés doivent correspondre - en majorité au moins - à des "vrais positifs" en raison de la fréquence de l'étiologie staphylococcique des atteintes ostéo-articulaires non bacillaires et de l'évolution vers la guérison sous l'effet d'antibiothérapies comprenant toujours une ou plusieurs médications à action antistaphylococcique. Cependant, vue l'absence de diagnostic exact, les malades de ce groupe doivent être certainement exclus de l'étude sur la valeur sémiologique des antistaphylolysines.

A) "Les vrais positifs"

Ainsi, dans les affections staphylococciques dont nous disposons (11 cas d'ostéo-arthrites et 7 cas de staphylococcies sans atteinte ostéo-articulaire), nous trouvons que la fréquence de positivité des ASTL, d'une façon globale, est de 55 %.

Il est intéressant de comparer cette fréquence avec d'autres auteurs (Cf. Tableau VII).

Ces 18 observations permettent de tenter une étude des corrélations entre l'infection staphylococcique et l'élévation des ASTL en ce qui concerne la précocité d'élévation de ce taux, son importance, son évolution et sa durée.

DIFFERENTS CAS RECUEILLIS DANS LA LITTERATURE

AUTEURS	Nombre de cas	Positifs Nb. de cas	Négatifs Nb. de cas	% de cas Positifs
ANDREONI PEDRINAZZI	8	7	1	7/8
LACK	74	41	33	41/74
KADOWAKI	8	6	2	6/8
SCHWAGERL	31	30	1	30/31
X SCHWAGERL	63	34	29	34/63
FRUMENTO	12	10	2	10/12
TOTAUX	196	128	68	64 %

X SCHWAGERL : cas d'ostéomyélite chronique.

A.S.T.L. + : > 2 U

A. S.T.L. - : ≤ 2 U

TABLEAU VII

1 - Précocité :

SCHWARGEL (38) insiste sur le fait que l'élévation des ASTL semble se manifester surtout à partir de la 2e semaine, comme cela a été prouvé chez l'animal, les études cliniques semblent bien mettre en évidence l'augmentation des ASTL au plus tôt dans la 2e semaine après le début de la staphylococcie. Par ailleurs, une observation de SCHWARGEL (38) nous paraît intéressante à noter : il s'agissait d'une OM dont la traduction radiologique s'est avérée plus tardive que l'élévation du taux des anticorps staphylococciques.

Dans notre série, l'élévation des ASTL a pu être observée suivant les cas à des stades plus ou moins précoces de l'infection (Cf. Tableau VIII) ; en réalité, pour être parfaitement précis vis à vis de ce paramètre, cette étude devrait comprendre, pour chaque malade, plusieurs dosages à intervalles réguliers et fixés au préalable, permettant de saisir avec certitude le début de la positivité. Malheureusement dans 5 cas, nous n'avons qu'un seul dosage (OBS 7 - 8 - 12 - 16 - 18) et lorsqu'il existe plusieurs dosages, ceux-ci, se situent de façon assez anarchique à divers moments de l'infection. Il est intéressant toutefois de remarquer que la positivité est plus ou moins précoce selon les cas,

étant entendu que nous avons décidé de chiffrer la positivité des ASTL par rapport à l'apparition du premier signe clinique. Dans de telles conditions, la positivité apparaît relativement précocement dans certains cas, il en est ainsi dans l'OBS N°2, les ASTL sont positives à la 1ère semaine et avant la fin de la 2e semaine dans les OBS N° 6 et 8.

Dans d'autres cas, par contre, la positivité est plus tardive; il en est ainsi, à titre d'exemple, dans l'OBS N° 17 où, après un dosage normal au 10e jour, les taux se positivisent au 31e jour.

.../...

2 - Importance de l'élévation :

Les auteurs rapportent des élévations variables des taux. C'est ainsi que ANDREONI et PEDRINAZZI (1) sur 8 cas d'ostéomyélite et 6 cas de septicémie à staphylocoques obtiennent 7 positifs sur 8 dans les ostéomyélites et 6 positifs sur 6 dans les septicémies avec des taux modérés pour la plupart autour de 10 U. Ils notent cependant un record d'élévation à 2 500 U. De même, FRUMENTO (11) sur 12 cas d'OM de la mâchoire relève 10 positifs sur 12 avec des taux en moyenne aux environs de 10 U, de même LACK (22) sur 74 cas d'OM relève 41 positifs avec des taux allant jusqu'à 32 U et il note un record d'élévation à 440 U pour un phlegmon périnéphrétique.

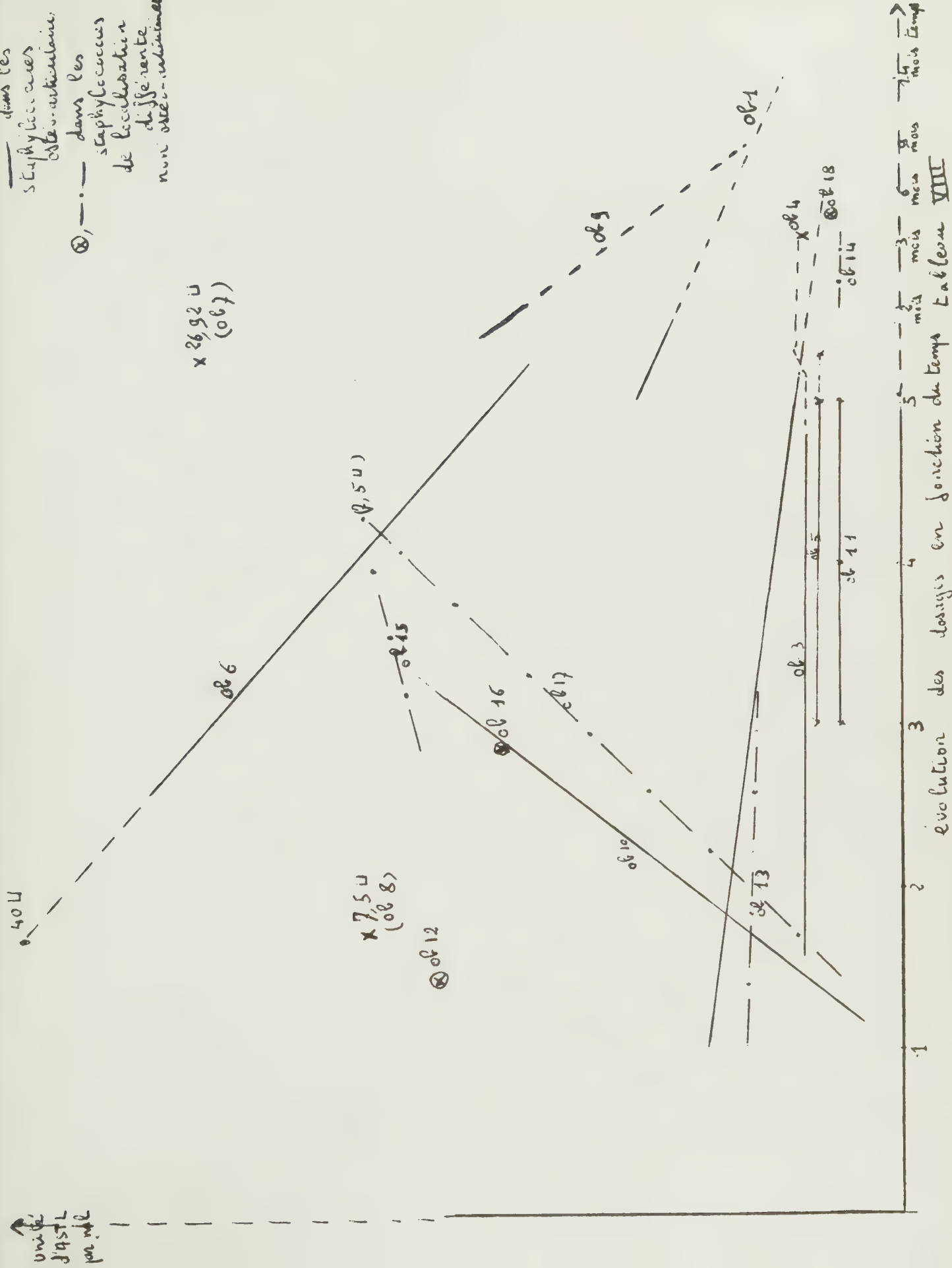
Comme pour la précocité, il faudrait des dosages suffisamment répétés pour pouvoir apprécier avec précision le taux maximum des ASTL sériques : en effet, la production par l'organisme passe le plus souvent par un sommet que nous n'avons pu saisir puisque, comme le montre le tableau VIII, nous n'observons, pour aucun malade, la pente ascendante et la pente descendante de la courbe de l'élévation du taux d'ASTL.

Ainsi, si les taux les plus élevés (40 U dans l'OBS N° 6, 26,92 U dans l'OBS N° 7 etc.) apparaissent comme des taux très franchement positifs, il est probable que ^{chez} ces différents malades, on aurait pu obtenir des taux plus élevés encore par des dosages plus fréquents. En effet, on ne possède qu'un seul dosage dans l'OBS N° 7, dans un autre cas (OBS N° 6) comportant 2 dosages, la pente de la courbe est très peu inclinée et descendante puisque le dosage des ASTL passe de 40 U à 4 U entre le 12^e et le 37^e jour. Dans ce cas également, il est possible de penser que l'on n'a probablement pas saisi les taux maxima. Enfin, l'OBS n° 2 illustre typiquement le cas de l'absence de dosages intermédiaires puisque l'on possède seulement un taux faiblement positif et très précoce (2,02) au 7^e jour et d'autre part, un taux négatif très tardif au bout de 6 mois d'évolution.

unité
d'essai
par ml

— dans les
staphylococcus
oculocutaneous
⑧, — dans les
staphylococcus
de localisation
différente
non oculocutaneous

x 26,92 U
(067)



évolution des dosages en fonction du temps

Tableau VIII

mois 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100

3 - L'évolution :

Pour LACK (22) le facteur temps ne semble pas présenter un grand intérêt, au contraire FISCHER et SCHWARGEL (10) insistent sur la variation des taux au cours de la maladie.

Dans notre série, l'évolution, elle aussi, est difficile à juger compte tenu du caractère insuffisant des dosages. Parmi les positifs, 7 OBS seulement (OBS N° 12 - 6 - 9 - 10 - 15 - 17) font l'objet de 2 dosages ; ces données fragmentaires suggèrent toutefois quelques remarques :

- L'élévation lente des taux modérément positifs, voire même négatifs, présente tout son intérêt , c'est la raison pour laquelle il faut savoir répéter ce dosage, il en est ainsi par exemple dans l'OBS N° 10 et l'OBS N° 17. A l'inverse, la décroissance des taux, comme dans l'OBS N° 2, présente aussi un grand intérêt.
- La Négativité du taux d'ASTL semble se situer assez tardivement : sur les 3 cas comportant un taux positif puis un taux négatif (OBS N° 9 ASTL à 4,5 U le 38e jour et à 1,6 U 9 mois après ; OBS N° 1 : 2,85 U au 35 e jour - 1,35 U 14 mois après ; OBS N° 2 : 2,02 U au 7e jour, 0,85 U 6 mois après). En effet, les ASTL sont redevenues normales au 9e mois, au 14e mois et au 6e mois après le 1er dosage. Cependant, il est regrettable qu'il n'y ait pas eu de dosages intermédiaires permettant de saisir, de façon aussi exacte que possible, le moment de la négativité.

Nous avons insisté sur la précocité et l'intensité des taux de positivité , cependant l'élévation du taux des anticorps staphylococciques semble devoir obéir aux mêmes règles d'évolution que l'élévation du taux des anticorps vis à vis d'autres germes : après une phase de taux croissants aboutissant au taux maxima, s'établit une décroissance du taux des anticorps. En accord avec de nombreux auteurs, nous pensons



que l'évolution ascendante des taux peut revêtir une valeur diagnostique fondamentale mais surtout en phase tardive, l'évolution décroissante des ASTL est probablement également d'un grand intérêt diagnostique. Enfin, de l'évolution des taux, semble pouvoir se dégager, pour certains auteurs et en particulier FRUMENTO (11), SCHWARGEL (38) et KADOWAKI (20), un élément du diagnostic de la maladie.

Ces différentes considérations rappellent l'intérêt qu'il y a à pratiquer, non pas un seul dosage, mais surtout si l'on est en présence d'un dosage négatif ou faiblement positif, plusieurs dosages, espacés par exemple de 15 jours en 15 jours.

B) "Les faux négatifs"

En se référant ici encore aux principaux travaux des auteurs, on relève des taux négatifs au cours de staphylococcies ostéo-articulaires confirmées dans un pourcentage compris entre 12 % et 46 % selon les statistiques.

C'est ainsi qu'ANDREONI et PEDRINAZZI (1) ne trouvent qu'un cas négatif sur 8 cas d'OM, FRUMENTO (11) 2 cas négatifs sur 12 cas d'OM de la mâchoire, KADOWAKI (20) 2 cas négatifs sur 8 cas d'OM, SCHWARGEL (38), 1 cas sur 31 dans les OM aiguës et 29 cas sur 63 dans les OM chroniques (Cf. Tableau VII).

Pour notre part, nous avons observé 4 cas négatifs sur 11 pour ce qui est de staphylococcies ostéo-articulaires certaines et 3 cas négatifs sur 7 dans les staphylococcies non ostéo-articulaires.

Si, en rassemblant les séries des 5 auteurs précités, et en y ajoutant nos cas personnels, on observe que le pourcentage global des "faux négatifs" se situe aux environs de 36 %.

Les auteurs s'interrogent sur les raisons de ces "faux négatifs" qui restent, comme on le voit, relativement fréquents,

Dans ces causes des "faux négatifs", comme pour plusieurs auteurs, figurent à notre sens :

- L'existence d'un certain nombre de souches de staphylocoques sécrétant peu ou pas d'enzymes, déclenchant ensuite la sécrétion par l'organisme d'anticorps, il en est peut-être ainsi dans les OBS N° 11 et 5. Dans le premier cas, le malade présentait une arthrite staphylococcique du genou avec hémoculture positive, de même, dans le deuxième cas, le malade présentait une arthrite métatarso-phalangienne avec présence du germe in situ. Dans ces deux observations, les dosages répétés des antienzymes staphylococciques restent négatifs. Le pourcentage de staphylocoques pathogènes non sécréteurs est discuté ; en 1945, SCHWCHBACHER et ses collaborateurs trouvent que 91 % de 654 souches de coagulases positives produisent de la lysine alpha , de même, en 1948, GILLEPSIE et ses collaborateurs⁽¹²⁾ trouvent un petit nombre de staphylocoques non sécréteurs de lysine alpha. Ces observations peuvent rendre compte dans notre série des dosages normaux des ASTL dans ces deux cas.

- dans des cas plus rares il va sans dire que la sécrétion par les staphylocoques d'enzymes antigéniques peut parfaitement ne pas s'accompagner d'une sécrétion d'anticorps en raison d'une carence immunitaire (Kahler, Lupus et agammaglobulinémie...).

C'est ainsi que dans l'observation 4, les ASTL sont à 0,7 U au 3e mois. Cette observation est passionnante car si le dosage est négatif encore que pratiqué à une seule reprise et très tardivement, il est à remarquer que cette arthrite du genou a permis de révéler un gamma myélome I g G à chaîne légère lambda, fait parfois observé dans le cadre des dépression immunitaires des gammopathies Kahlériennes. Il

.../...

est probable que la carence immunitaire favorise ici l'éclosion de l'agression microbienne révélatrice, et, en même temps, qu'elle déprime la formation des anticorps. Au cours d'un autre cas récent, de méningite à pneumocoques, prouvée par étude bactériologique du LCR, également révélatrice d'une maladie de Kahler de type gamma myélome I g G à chaîne légère Kappa, les anticorps pneumococciques n'ont pas été retrouvés élevés à plusieurs reprises, alors qu'ils étaient trouvés à 34 fois le taux normal au cours d'une arthrite du genou à pneumocoques (trouvé in situ) ; de même, dans l'observation 13, la malade présentait un lupus érythémateux disséminé qui peut même rendre compte aussi des dosages normaux des ASTL.

- Un autre cas est représenté par les enkystements microbiens caractérisés en pathologie osseuse par l'OM chronique (abcès central de l'os de GORDON BRODIE) : les germes sont ici pratiquement exclus de l'organisme, lequel ne produit donc pas d'anticorps vis à vis de ceux-ci : ainsi dans l'observation N° 13, cette malade présente, depuis son enfance, des gonalgies, bien que les images radiologiques ne soient pas très caractéristiques d'un vieux foyer d'OM, le diagnostic le plus probable est celui d'une OM ancienne compliquée d'arthrite septique récente. Malgré une poussée évolutive aiguë avec présence du germe dans le liquide de ponction, les dosages répétés des ASTL restent à un taux normal. SCHWARGEL (38) avait fait la même constatation lors d'une étude portant sur 63 cas d'OM Chronique, il explique : "Dans les cas anciens qui traînent depuis plusieurs années, il y a souvent des valeurs totalement négatives ; ce comportement s'explique d'une part, parce que la chronicité de la maladie peut bloquer ou inhiber les systèmes responsables de la formation des anticorps, d'autre part, parce que la région osseuse malade représente un foyer encapsulé qui mène sa vie propre et peut ne pas déverser des substances antigéniques dans l'organisme. Cette dernière hypothèse est renforcée par l'observation suivante : après intervention

chirurgicale sur une OM ancienne à titre préalablement négatif, ce dernier devient positif par destruction des différentes barrières tissulaires".

- des dosages trop précoces ou trop tardifs ; il s'agit de malades examinés du point de vue sérologique, soit trop prématurément, soit trop tardivement, fait qui découle directement de ce qui a été dit précédemment concernant la précocité des taux d'ASTL et leur évolution. Il en est ainsi, par exemple, dans les observations N° 14 et 18 ; les dosages se situent soit au 2e mois et au 3e mois pour l'observation N° 14, soit encore plus tard au 4e mois ^{pour} l'observation N° 18 ; il semble que ces dosages aient été pratiqués trop tardivement. Mais une autre hypothèse peut aussi expliquer ces 2 cas négatifs. On connaît, en pathologie infectieuse, des cas de typhoïdes, de fièvre de Malte, prouvés bactériologiquement avec des sérodiagnostics négatifs, ce phénomène encore inexplicable de l'individu, de ne pas former des anticorps en présence d'antigènes et en l'absence d'agammaglobulinémie ou de dysprotéïnémie, peut aussi expliquer ces deux cas.

C) Les "vrais négatifs"

Parmi ces "vrais négatifs", l'on observe un certain nombre de taux compris entre 0,7 et 2 U. La limite supérieure de la valeur normale, exigeante, fixée à 2 U, permet d'interpréter certains taux compris entre 0,7 U et 2 U qui se révèlent sensiblement comparables à plusieurs dosages devant correspondre à des staphylococcies anciennes.

D) Les "faux positifs"

Cette observation (OBS N° 40) de "faux positifs" unique dans notre série, est loin d'être isolée : si l'on se réfère aux travaux publiés ; là aussi, la majorité des auteurs mentionnent des pourcentages très variables allant de 2 % à 5,7 % d'élévation des ASTL sur des séries de sujets témoins. INGESTAD et WINBLAD (18) en particulier, étudiant des sérums de donneurs de sang, observent des taux supérieurs à 3 U par ml.

dans 21 % des cas ; en l'absence de staphylococcie connue, ces auteurs pensent qu'il s'agit cependant de sujets ayant été ou étant porteurs d'une staphylococcie plus ou moins latente ; ils précisent que 20 % environ de la population en bonne santé de Malmö seraient ainsi porteurs soit d'une streptococcie, soit d'une staphylococcie latentes, actuelles ou relativement récentes.

Dans notre série, il apparaît que, dans les 100 observations témoins, le taux des ASTL est toujours inférieur ou égal à 2 U sauf dans un cas (OBS N° 40) dans lequel les taux des ASTL sont trouvés à 2,85U puis à 3 U à 12 jours d'intervalle.

Cette observation appelle 2 ordres de commentaires :

- Pour nous, il ne semble pas que la variation de taux entre les dosages soit très significative de l'augmentation des ASTL.
- Or, cet homme de 19 ans est porteur d'un foyer infectieux amygdalien chronique à streptocoque viridans, probablement à l'origine d'un rhumatisme infectieux de même nature. Or BERTOYE, VIAL, CARRAZ et VEYSSEYRE(3) ont noté qu'il pouvait exister un certain "emballement" du taux des ASTL lorsque les anticorps streptococciques sont élevés ; ce qui est le cas pour ce malade, puisqu'il a présenté des taux d'anticorps streptococciques élevés au cours de 3 dosages successifs (ASL 260, ASK 4 TN, ASH 22 100, le 26/6/70 ; ASL 320, ASK 10 TN, ASH 15 600, le 8/07/70 ; ASL 380, ASK 12 TN, ASH 14 000 le 5/08/70.).

En d'autres termes, il apparaît que, si l'on part, non plus du diagnostic affirmé ou supposé, mais du taux des ASTL, celui-ci présente, dans notre expérience, une valeur sémiologique indéniable, mais qui est fonction de son importance.

En effet, tous les taux supérieurs à 4 U correspondent à des staphylococcies certaines : 9 cas (OBS N° 6, OBS N° 7, OBS N° 8, OBS N° 9, OBS N° 10, OBS N° 12, OBS N° 15, OBS N° 16, OBS N° 17) ou très vraisemblables : 2 cas (OBS N° 19, OBS N° 23) (Cf. Tableau IX et Tableau X)

Les taux compris entre 2 et 4 U correspondent, presque toujours encore à des staphylococcies certaines (OBS N° 1, OBS N° 2) ou probables (OBS N° 22, OBS N° 23, OBS N° 25, OBS N° 26) et une seule observation dans notre série (OBS N° 40) fait exception à la règle sans que nous ayons pu en déceler les raisons. Nous avons admis comme base de départ que seul les chiffres supérieurs à 2 U étaient pathologiques ; 26 % de témoins sont compris entre 1 U et 2 U. Nous devons cependant remarquer que 4 de nos malades présentaient, avec une staphylococcie certaine (OBS N° 3, OBS N° 13) ou très probable (OBS N° 21, OBS N° 27) des taux de cet ordre, ce qui représente une relativement grosse proportion de nos cas (4/30). Cette zone ; entre 1 et 2 U, peut donc être considérée, nous semble-t-il, comme une sorte de "no man's land" dans lequel se rejoignent certains témoins, peut-être victimes d'une infection staphylococcique inapparente et certains malades, porteurs d'une staphylococcie en activité à expression immunologique frustrée, soit du fait d'un dosage trop précoce ou trop tardif, soit d'une sécrétion d'anticorps réduite.

REPARTITION GLOBALE DES TAUX DES ANTISTAPHYLOLYSINES

	Staphylo- cocciées confirmées	Staphylo cocciées. Probables ou Possibles	Affections non Staphylo- cocciées	Total	% Staphylo- cocciées + ou + -
> 4	9	2	0	11	11/11
2 - 4	2	4	1	7	6/7
2 - 1	2	2	11	15	4/15
< 1	5	4	97	106	9/106
Totaux ...	18	12	109	139	

TABLEAU X

REPARTITION DES CAS SUIVANT L'ETIOLOGIE ET LES VALEURS DES DOSAGES

	Staphylo- cocccies ostéo-arti- culaires certaines	Staphylo- cocccies sans locali- sation os- téo-articu- laire	Ostéo arthrite aigüe sans signature bactériolo- gique	Ostéo arthrite d'étiologie connue	Ostéo arthrites bacil- laires	Témoins
	11 cas	7 cas	12 cas	2 cas	7 cas	100 cas
ASTL > 8 U	.		.			
6 U / ASTL ≤ 8 U	.	.				
4 U / ASTL ≤ 6 U	.	.				
2 U / ASTL ≤ 4 U	.		.			.
1 / ASTL ≤ 2 U	.	.	.	.	.	 9
0,7 / ASTL ≤ 1 U	.	.		.		 16
ASTL ≤ 0,7 U	.	.	.		.	 74

TABLEAU IX

C O N C L U S I O N S

+++++

Les difficultés auxquelles on se heurte pour faire la preuve de l'origine staphylococcique d'une atteinte ostéo-articulaire et, plus particulièrement, d'une spondylodiscite ou d'une sacro-iléite, nous ont conduits à étudier le taux des antistaphylolysines au cours de ces affections afin d'en juger l'intérêt diagnostique.

1. - L'Etude des données de la littérature et de 100 sujets témoins nous a permis de considérer comme normaux les taux inférieurs ou égaux à 2 U./ml avec la technique de l'Institut Pasteur de Lyon (CARRAZ, VIAL, VEYSSEYRE).

2. - Au cours d'atteintes ostéo-articulaires d'origine staphylococcique certaine le taux des antistaphylolysines est le plus souvent augmenté de façon significative (7 cas sur 11).

3. - Dans les staphylococcies de localisations différentes, une augmentation des antistaphylolysines peut également être rencontrée (4 cas sur 7).

4. - Le caractère retardé et transitoire de l'élévation des antistaphylolysines doit conduire à répéter les dosages, un examen trop précoce (moins de 2 à 3 semaines après le début clinique) ou trop tardif pouvant se montrer négatif.

5. - En revanche, dans les atteintes infectieuses ostéo-articulaires non staphylococciques (7 cas de tuberculose, 1 cas d'arthrite à pneumocoque et 1 cas d'arthrite à entérocoque), leur taux est normal.

6. - Il apparaît donc que ce test qui, dans notre expérience,

.../...



est positif dans 2/3 des cas, présente un intérêt certain pour le diagnostic des staphylococcies en général, et plus particulièrement des staphylococcies ostéo-articulaires dont il est parfois difficile, dans les localisations profondes (spondylodiscite, sacro-iléite) de mettre en évidence le germe causal.

On ne saurait cependant lui attribuer une valeur formelle : il ne s'agit que d'un test d'orientation et si un taux élevé d'antistaphylolusines constitue un argument en faveur d'une infection staphylococcique, un test négatif ne permet pas de l'éliminer.

Le Président de la Thèse :
Pr. BERTOYE

VU et permis d'imprimer
LYON, le 15 octobre 1971

VU le Directeur de
l'U.E.R. GRANGE-BLANCHE,

D. GERMAIN

Le Président de l'Université Claude Bernard
LYON 1;

Pour le Président,
Le 1er Vice-Président,
Président du Comité de Coordination Médicale

R. TOURAINE

B I B L I O G R A P H I E
+++++

- 1) ANDREONI (O) PEDRINAZZI (CR) La reazione dell'antistafilolisina nelle
 affezioni stafilococciche dell'infanzia.
 Minerva Medica 1956,46, 1589- 1601.

- 2) ARDITI (E), NIGRO (N) Considerazioni sull'immunita antistafilococ-
 cia nell'immaturo affetto dal stafilococcia
 Comportamento delle antistafilolisine.
 Minerva Pedriatica, 1958, 10, 457-460.

- 3) BERTOYE, VIAL, CARRAZ,
 VEYSSEYRE Perspectives offertes par l'étude comparée
 des antienzymes streptococciques, staphy-
 lococciques et pneumococciques.
 Le Journal de Médecine de Lyon 1963, 1092-
 1114

- 4) BIGGER (JW), BOLAND (CR) New Method of preparing haemolysin
 and O' MEARA (staphylococcal
 J. Of. Path. and Bact. 1927, 30, 271-277.

- 5) BLAIR (JE) and HALLMANN (FA) Proc.Soc. Exp. Biol. 1935-33, 382

- 6) BRETON (A), BEERENS (H),
 GAUDIER (B), PONTE (C) Staphylococcies pleuro-pulmonaires de
 l'enfant, évolution de l'immunité staphyloco-
 ccique au cours de la maladie.
 Pédiatrie, 1958, 13, 8, 859-875.

- 7) CHAPMAN (G H) and coll. Coagulase and hemolysin tests as measures
 pathogenicity
 J. Bact. 1934, 28, 343-363.



- 15) HITE (K), BANKS (SW),
DACK (GM) Studies of chronic staphylococcal osteomyelitis.

J. of infection diseases 1938, 62, 317-319.
- 16) HOLLAND (C) et coll. Staphylococcal alpha antitoxin en experimental osteomyelitis.

Z orthop. 1968 104, 267 - 72.
- 17) HURIEZ (CR), DESMONS (F)
BAELDEN (S) Etudes des antistreptolysines O et des antistaphylolysines dans le sérum des malades atteints de diverses dermatoses.

Annales de dermatologie et syphiligraphie 1958, 85 (I), 5 - 25.
- 18) INGESTAD (R) and WINBLAD (S) Normal value of ASL et ASTL, titres as studies over 4 1/2 years in the sera of healthy blood donors.

Acta Path. Microbial Scand 1963, 5714, 455 - 463.
- 19) JARRIAULT (H) Alpha staphylolysine et anti alpha staphylolysine

Thèse Poitiers 1968.
- 20) KADOWKI (J) Studies on staphylococcal infections :
II anti alpha hemolysin titer in the sera of human subjects with staphylococcal disease and normal human subjects.

Sappo. Med. J 1966 30 - 112 - 9.

- 21) KIENITZ (M) and WALTER (W) The staphylococcal antitoxin titer in healthy juvenils and adults in North West Germany.
Z Immun. Forsch 1964, 126/5 465-472
- 22) LACK Staphylococcal antibody in osteomyelitis and arthritis.
Proceedings of the royal Society of Medecine 1957 - 50 - 625 - 628.
- 23) LEVINE (BS) Studies of staphylococcal toxin : the toxin red cells reaction.
The Journal of Immunologie 1938, 35, 131-139.
- 24) LEWIN EPSTEIN (J) and
collaborateurs Experimental chronic osteomyelitis in maxillae of rabbit.
J. Dent Res 1964 , 43 - 456.
- 25) MAHESWARAN (SK) et colla-
borateurs. Staphylococcal beta hemolysin.
J. Bact. 1967 , 94 - 1313 - 9.
- 26) MARTIN (JR) et collabora-
teurs. Staphylococcus suppurativearthritits occu-
ring in neuropathic Knee joints : a report
of four cases with a discussion of the
machanism involved.
Arthritis Rheum. 1965 53 - 463 - 7.

.../...

- 27) MAAR (D) et collaborateurs The diagnostic significance of anti alpha
staphylolysin in inflammatory processes
of the osteo-articular system.
Bratil Lek Listy 1970 53- 463 - 7.
- 28) NEISSER (M), WECHSBERG (F) Zeitschrift für Hygiene und Infektionskrank-
heiten 1901 36 299.
- 29) OTTAVIANI (C) Antitossina stafilococcia nel siero di
pazienti osteomielitici tivate coll'
analisi immuno elettroforetica.
Boll Soc. Italia Biol. Ser. 1965,39,542-543.
- 30) PARISH (HJ), O'MEARA (RAC)
CLARK (WHM) Clinical investigation of staphylococcal
toxin, toxoid and antitoxin.
Lancet 1934 1, 1054.
- 31) PATERSON (Dc) Acute suppurative arthritis in infancy
and childhood.
J. Bone Joint Surg. Brit. 1970 52, 474-82.
- 32) RAMON (G), BOCAGE (A)
RICHOU (R), MERCIER (P) Etude sérologique et clinique de l'immunité
dans l'anatoxithérapie staphylococcique.
Résultats. Conséquences.
Revue d'Immunologie, 1936, 2, 551-565.
- 33) RAMON (G), GERNEZ (C1),
RICHOU (R), PENNEQUIN (Ch) Recherches sur le développement de l'im-
munité antitoxique et sur les conditions
optima de l'immunisation dans l'anatoxi-
thérapie staphylococcique chez l'homme.
Revue d'Immunologie, 1936, 2, 566- 579.
- 34) RAMON (G), RICHOU (R),
DJOURICHITCH (M) Sur le mécanisme de l'immunité conférée
par l'anatoxine staphylococcique à l'égard
de l'infection par le staphylocoque virulent
Revue d'Immunologie 1936 2, 482-493.



- 35) RECORD (AR) et collaborateurs.
Staphylococcal Spondylitis with urinary
ouset.
Med. 1965 102 6146-8.
- 36) RUBI (G)
Valeur sémiologique du dosage des anticorps
antienzymes, staphylococciques et pneumococ-
ciques.
Thèse 1968.
- 37) SCHÖNE (R) et STEEN (E)
Antistreptolysin titer hos friske
Nord Med. 1949 42. 1863-1949.
- 38) SCHWARGEL (W)
Antistaphylolysin determination in ortho-
pedic diseases.
Z Orthop. 1969 107 - 144 - 51.
- 39) SMITH (ML)
Circulating antitoxin and resistance to
experimental infection with staphylococci.
J. of Path. and Bact. 1937, 45 , 305.
- 40) TANGHERONI (V), TOSI (E)
Antistafilolisine o antistreptolisine in
alcune affezioni dell'infanzia.
Prime ina agini di titolazione comparativa.
Mi Pediatr 1956 , 8- 1009.
- 41) UPMALIS (IM)
Osteomyelitis in infancy.
Cond. J. Surg 1967 , 10 - 75 - 8.

.../...

- 42) WESTERGREN (A), STAVENOW (S) Observation on antistreptolysin and antistaphylolysin titers in 885 internal medical cases.
Acta Med. Scand Sup 1947 196 - 546.
- 43) WILLIAMS (REO), HARPPER (GS) Determination of coagulase and alpha hemolysin production by staphylococci.
Brit. J. Exp. Path. 1946, 27, 72 - 81.
- 44) WISEMAN (GM) Mode of action of the alpha toxin of staphylococcus aureus.
Canad.J. Microbiol. 1970, 16, 47 - 50.

T A B L E D E S M A T I E R E S +++++

CHAPITRE I	<u>Introduction</u>	1
CHAPITRE II	<u>Historique</u>	3
CHAPITRE III	<u>Les enzymes et antienzymes staphylococciques</u>	
	A) Les enzymes staphylococciques.....	5
	B) Les antienzymes staphylococciques.....	6
	C) Techniques de dosage.....	7
	D) Les valeurs normales.....	8
CHAPITRE IV	<u>Résultats personnels</u>	
	A) 11 cas de staphylococcies ostéo- articulaires certaines.....	10
	B) 7 cas d'affections non ostéo-articulaires staphylococciques de localisation différente...	23
	C) 12 cas d'affections ostéo-articulaires sans signatures bactériologiques d'étiologie staphylococcique probable ou possible.....	33
	D) 2 cas d'affections ostéo-articulaires non staphylococcique d'étiologie précise.....	50
	E) 7 cas d'affections ostéo-articulaires tuberculeuses certaines ou probables.....	52
	F) 100 cas d'affection diverses pour la plupart rhumatologique et amicrobienne	61

CHAPITRE V	<u>Interprétation des résultats et valeur séméiologique</u> <u>dans les infections staphylococciques et ostéo-</u> <u>articulaires en particulier.....</u>	105
	A) "Les vrais positifs".....	106
	B) "Les faux négatifs".....	111
	C) "Les vrais négatifs".....	114
	D) "Les faux positifs".....	114
CHAPITRE VI	<u>Conclusions.....</u>	119
CHAPITRE VII	<u>Bibliographie.....</u>	121
CHAPITRE VIII	<u>Table des matières.....</u>	128

CHAPTER V

Information des sources de valeur scientifique

C'est la méthode scientifique de l'écrit

appliquée au particulier.

A) "Les trois sources".....

B) "Les trois sources".....

C) "Les trois sources".....

D) "Les trois sources".....

CHAPTER VI

Conclusion

CHAPTER VII

Bibliographie

CHAPTER VIII

Table des matières

